



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Elina Vainionpää ja Pauli Meuronen

POTILAAN KOKEMUKSET
OSALLISUUDESTA OMAAN
HOITOONSA OIKEUSPSYKIATRISISSA
SAIRAALASSA

Sosiaali- ja terveysala
2016

TIIVISTELMÄ

Tekijä	Elina Vainionpää ja Pauli Meuronen
Opinnäytetyön nimi	Potilaan kokemukset osallisuudesta omaan hoitoonsa oikeuspsykiatrisessa sairaalassa
Vuosi	2016
Kieli	suomi
Sivumäärä	65 + 2 liitettä
Ohjaaja	Anne Puska

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla kuntoutusosastopotilaan kokemuksia osallisuudesta omaan hoitoonsa oikeuspsykiatrisessa sairaalassa. Tutkimuksen tavoitteena on lisätä hoitajien tietoa kuntoutusosastopotilaiden kokemuksista osallisuudesta omaan hoitoonsa sekä selviytymisen tukemisesta oikeuspsykiatrisessa sairaalassa. Lisäksi tutkimuksen tavoitteena on parantaa psykiatristen potilaiden mahdollisuuksia osallistua omaan hoitoonsa sekä parantaa potilaiden saamaa tukea selviytymiseensä.

Tutkimuksen teoriaosuuden pohjalta muodostettiin 14 potilaan osallisuuteen liittyvää kysymystä, jotka jakautuivat neljään teemaan. Teemahaastattelun kysymykset esitettiin kymmenelle haastateltavalle. Haastateltaville esitetyt kysymykset olivat avoimia. Tutkimusaineiston analysoinnissa käytettiin deduktiivista sisällönanalyysii.

Haastateltavat kokivat itsemääräämisoikeuden, potilaslähtöisyyden, selviytymisen tukemisen ja yhteistyösuhteen hoitajien kanssa toteutuvan suurimmaksi osaksi hyvin. He kertoivat saavansa tukea ja tietoa hyvin, mutta kokemukset vaikuttamismahdollisuuksista hoitoonsa he kokivat rajoitetumpina. Haastateltavien oli vaikeinta kuvailla saamaansa arvostusta ja yksilöllistä kohtelua hoitajien taholta. Muuten haastateltavat olivat suurimmaksi osaksi myös tyytyväisiä henkilökuntaan.

Tutkimuksen tulosten perusteella tärkeimmät haastateltavien esille tuomat kehityskohteet ovat potilaiden yksilöllinen ja arvostava kohtelu sekä potilaiden kuunteleminen. Tietoa jakaessa tulee varmistaa, että potilas on varmasti ymmärtänyt tiedon ja lisäksi tulee varmistaa, että potilaan saama tieto on yhtäläinen hoitotyön kirjaamisen sekä raportoidun tiedon kanssa.

ABSTRACT

Author	Elina Vainionpää and Pauli Meuronen
Title	Patients' Experiences of Participation in Their Own Treatment in a Forensic Psychiatric Hospital
Year	2016
Language	Finnish
Pages	65 + 2 Appendices
Name of Supervisor	Anne Puska

The purpose of this research was to describe rehabilitation patients' experiences of participation in their own treatment in a forensic psychiatric hospital. The aim of this research is to increase nurses' knowledge of rehab patients' experiences of participation in their own treatment in a forensic psychiatric hospital and of supporting patients' managing and coping in a forensic psychiatric hospital. A further aim is to increase psychiatric patients' possibility to participate in their own treatment and the support that they receive in order to manage and cope.

Fourteen questions that were divided into four themes about patient participation were formed based on the theory basis of this research. The theme interview questions were presented to ten interviewees. These questions were open ended. Deductive content analysis was used to analyze this research material.

The interviewees' experience was that in most cases they had a good self-determination, patient-orientedness, supporting managing and coping and cooperation with the nurses worked well. They stated that they receive support and information well, but their experiences on affecting their own treatment were more limited. The most difficult thing to describe for the interviewees was the appreciation and individual treatment that they receive from the nursing staff. There was also a big variety of different kind of experiences about this. Otherwise the interviewees were also satisfied with the staff.

Based on the research results the most important things to develop are appreciation and individual treatment of the patients and listening to the patients. It is also good to make sure when passing information to patients, that the patient understands the information and knows that it is not in conflict with information that the staff members provide to each other.

Keywords	Experience, patient participation, forensic psychiatry
----------	--

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO	8
2	POTILAAN OSALLISUUS	10
2.1	Itsemääräämisoikeus	11
2.2	Potilaslähtöisyys	13
2.3	Selviytymisen tukeminen	14
2.4	Yhteistyösuhde hoitajien kanssa	16
3	OIKEUSPSYKIATRINEN HOITOTYÖ	19
3.1	Oikeuspsykiatria	19
3.1.1	Rikosoikeudellinen oikeuspsykiatria	19
3.1.2	Hallinnollinen oikeuspsykiatria	20
3.1.3	Siviilioikeudellinen oikeuspsykiatria	22
3.2	Oikeuspsykiatrinen potilas	22
3.3	Oikeuspsykiatrinen hoitotyö	24
3.3.1	Väkivaltaisen potilaan hoitotyö	25
3.3.2	Oikeuspsykiatristen potilaiden hoitotyö	26
3.3.3	Oikeuspsykiatristen kuntoutuspotilaan hoitotyö	27
4	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	29
5	AINEISTON KERUU JA ANALYSOINTI	30
5.1	Kohderyhmä	30
5.2	Aineistonkeruu	30
5.3	Aineiston analysointi	31
6	TUTKIMUKSEN TULOKSET	32
6.1	Oikeuspsykiatristen potilaan kokemukset itsemääräämisoikeudesta	32
6.2	Oikeuspsykiatristen potilaan kokemukset potilaslähtöisyydestä	37
6.3	Oikeuspsykiatristen potilaan kokemukset selviytymisen tukemisesta	40
6.4	Oikeuspsykiatristen potilaan kokemukset yhteistyösuhteesta hoita-	

jien kanssa.....	45
7 POHDINTA.....	50
7.1 Tutkimuksen eettisyys	50
7.2 Tutkimuksen luotettavuus	51
7.3 Tutkimustulosten tarkastelua	52
7.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet	60
LÄHTEET	63
LIITTEET	

KUVIOLUETTELO

Kuvio 1. Itsemääräämisoikeus	s. 28
Kuvio 2. Potilaslähtöisyys	s. 30
Kuvio 3. Selviytymisen tukeminen	s. 32
Kuvio 4. Yhteistyösuhte hoitajien kanssa	s. 35

LIITELUETTELO**LIITE 1.** Saatekirje**LIITE 2.** Haastattelulomake

1 JOHDANTO

Opinnäytetyön aiheena oli ”Potilaan kokemukset osallisuudestaan omaan hoitoonsa oikeuspsykiatrisessa sairaalassa”. Toimeksiantajana oli Vanhan Vaasan oikeuspsykiatrinen sairaala. Tutkimus suunnattiin sairaalan kuntoutusosastopotilaille. Aihe oli kiinnostava, sillä molemmat tutkijat ovat tehneet Vanhan Vaasan sairaalassa sijaisuuksia, suuntautuvat mielenterveystyöhön valmistuessaan eikä kyseisessä sairaalassa vastaavaa tutkimusta ole aiemmin toteutettu. Suomessa on kaksi oikeuspsykiatrista sairaalaa, jotka sijaitsevat Vaasassa ja Kuopiossa.

Hoitoajat ovat oikeuspsykiatrisessa sairaalassa tyypillisesti pitkiä hoitoon määrättyjen henkilöiden ollessa vakavasti sairaita ja heidän elämäntilanteidensa ollessa erittäin vaikeita (Eronen, Kotilainen & Seppänen 2012, 1823–1826). Potilaan osallisuus ja siihen liittyvät ongelmat ja kiistanalaisuudet ovat tärkeitä kysymyksiä mielenterveysyhteisölle (Kan Dip, Tans & Tse 2012, 3). Laitila (2010, 9–10) toteaa artikkelissaan, että potilaiden osallisuuden määrittäminen ja toteutuminen edellyttävät jatkuvaa kriittistä tarkastelua mielenterveystyössä. Kaikilta potilailta ei löydy samanlaista kykyä, resursseja tai motivaatiota olla hoidossa minkä vuoksi tarvitaan erilaisia osallisuuden mahdollisuuksia ja muotoja. On tärkeää pystyä tunnistamaan tilanteet, joissa ihmisellä on oikeus olla hoidettavana sekä tilanteet, joissa työntekijöillä on velvollisuus tehdä päätöksiä asiakkaan puolesta.

Laitilan ja Pietilän (2012, 9) mukaan asenteet mielenterveyttä kohtaan ovat muuttuneet vuodesta 1981, sillä nykyisin melkein jokaisen lähipiirissä tai lähellä on psyykkisesti sairas ihminen. Etenkin masennusoireet ovat lisääntyneet. Psykiatrisen potilaan kohdalla mielenterveyden häiriö aiheuttaa usein perheelle kriisitilanteen, jossa perheenjäsenet joutuvat kohtaamaan uudenlaisia tunteita (Koponen, Jähi, Männikkö, Lipponen, Åstedt-Kurki & Paavilainen 2012, 140).

Tiedonhaku tutkimusta varten on suoritettu tietokannoista Medic, Cinahl, PubMed ja Theseus. Lisäksi olemme etsineet artikkeleita manuaalisesti Hoitotiedelehdestä. Tiedonhaussa käytettyjä avainsanoja olivat kokemus, osallisuus ja oikeuspsykiatria.

Tässä työssä tarkoituksena on kuvata oikeuspsykiatrasta potilasta, vaikka eri tekstiosioissa käytetään sanoja potilas tai psykiatrinen potilas. Potilaiden tai psykiatristen potilaiden osallisuuteen ja hoitotyöhön liittyvä teoria, jota työssä on käytetty, on ollut yleistettävissä myös oikeuspsykiatrisiin potilaisiin.

2 POTILAAN OSALLISUUS

Itsemääräämisoikeus, potilaslähtöisyys, selviytymisen tukeminen ja yhteistyösuhde hoitajien kanssa nousivat keskeisiksi teemoiksi pohdittaessa potilaan osallistumista omaan hoitoonsa oikeuspsykiatrisessa sairaalassa (Latvala 1998; 17.8.1992/785).

Osallisuuteen sisällytetään psykiatrisen potilaan mielipiteiden ja toiminnan kunnioittaminen, tasapuolinen kohtelu sekä kannustaminen omatoimisuuteen. Hoitajien tulisi välttää puolesta tekemistä ja suorien ratkaisujen tarjoamista potilaille, koska ne eivät edistä potilaan osallisuutta. (Rissanen 2016, 153.) Osallisuus voidaan määritellä syrjäytymisen, osattomuuden ja ulkopuolisuuden vastakohdaksi. Kuitenkaan käytännössä kukaan ei ole pelkästään jompaakumpaa, vaan siltä väliltä. (Mattila-Aalto 2009, 21–22.) Psykiatrisen potilaan kokemalla osallisuuden tunteella on kauaskantoiset positiiviset seuraukset, kuten hallinnan tunteen ja itsetunnon vahvistuminen. Kun määritellään osallisuutta ja sen toteutumista, on tärkeää pystyä erottamaan tilanteet, joissa ihmisellä on oikeuksia ja joissa hoitohenkilökunnan on tehtävä päätökset potilaan puolesta. (Laitila ym. 2012, 9–12.)

Masennus voi haitata psykiatrisen potilaan päätöksentekokykyä. Masennus vaikuttaa esimerkiksi tulevaisuuden mahdollisuuksien arvostamiseen. Lisäksi masennus voi vaikuttaa potilaan kykyyn ymmärtää ja järkeillä. (Hindmarch, Hotopf & Owen 2013, 7.)

Eidhammerin, Fluttertin & Bjørklyn (2014, 2716–2721; Stringer ym. 2008 & Tiley ym. 1999) katsauksen mukaan potilaiden osallisuus hoitoon on jatkuvasti arvokkaampaa ja tärkeämpää mielenterveytyksessä. Potilaiden osallisuus tarkoittaa sitä, että potilas on mukana ongelmien tunnistamisessa ja muodostamassa tavoitteita, joista hoitosuunnitelma koostuu. Katsauksen mukaan potilaiden suurempi osallisuus johtaa parempaan hoitoon, parempaan hoitomyönteisyyteen, parempiin hoitotuloksiin ja lisääntyneeseen potilastyytyväisyyteen. Hoitajia tulisi kouluttaa siten, että he kykenevät paremmin huomioimaan potilaat päivittäisessä hoitotyössä.

Yhteiskunnan näkökulmasta katsottuna osallisuuskokemuksilla on myönteinen vaikutus psykiatriseen potilaaseen, koska ne voivat tukea yhteiskuntaan sopeutumista ja mahdollisesti mielenterveysongelmiin liittyvä syrjintä ja leimautuminen vähentyvät. Työntekijöiden motivaatio, koulutus ja käytettävissä olevat resurssit ovat merkittävässä roolissa, mutta myös psykiatrisen potilaiden oma asenne, kyky ja halu ottaa vastaan vastuuta vaikuttavat osallisuuden toteutumiseen. Demokraattisesta näkökulmasta katsottuna osallisuutta mietittäessä esiin nousevat kuulluksi tuleminen, voimaantuminen, vallan tasa-arvoinen jakautuminen sekä kansalaisuus, yhtenäiset mahdollisuudet ja kansalaisoikeuksien toteutuminen. (Laitila ym. 2012, 9–10.)

Laitilan ym. (2012, 10) mukaan lähikäsitteitä osallisuudesta ovat esimerkiksi potilaslähtöisyys, voimaantuminen, itsemäärääminen, autonomia eli itsehallinto ja inklusio eli mukaan ottaminen, sisällyttäminen. Käsitteistä osallisuus käsittää psykiatrisen potilaan kokemukset ja aidon osallistumisen, kun taas potilaslähtöisyys käsittää yrityksen tai työntekijöiden toimintatapaa. Käsitteistä osallisuus ja osallistuminen puhutaan monesti samassa yhteydessä ja ne molemmat käsittävät asiakaslähtöisyyttä sekä potilaslähtöisyyttä (Kujala 2003, 47). Tässä tutkimuksessa, puhuttaessa osallisuudesta tai osallistumisesta, käytetään käsitettä osallisuus.

2.1 Itsemääräämisoikeus

Itsemääräämisoikeus psykiatriassa tarkoittaa, että psykiatrasta potilasta tuetaan ottamaan vastuuta itsemääräämisestään ja huolehtimaan omista oikeuksistaan sekä turvataan psykiatrisen potilaan tiedonsaanti. Yksilöllisen itsemääräämisoikeuden toteutuminen tulee olla keskeisessä roolissa psykiatrisen potilaan hoitotyössä, jotta kuntoutuminen ja elämän laatu kohenevat laitoshoidossa. Tulee kuitenkin muistaa, että psykiatrisella potilaalla ja erityisesti pitkäaikaisella psykiatrisella potilaalla on hankaluuksia hallita sosiaalisia ja käytännön taitojaan. Psykiatrisen potilaan vaikeasta sairaudesta johtuen itsemääräämisoikeuden toteutumista rajoitetaan, erityisesti psykiatrisen potilaan ollessa tahdosta riippumattomassa hoidossa tai suljettulla osastolla hoidossa. (Latvala 1998, 16, 30.) Psykiatrinen potilas ei aina välttämättä tiedä oikeuksiaan, ei tunne tarjolla olevia palveluita, tukitoimia tai haetta-

vissa olevia etuuksia (Laitila ym. 2012, 10). Tässä tutkimuksessa itsemääräämisoikeudella tarkoitetaan omaan hoitoon vaikuttamista, sekä tietoa omasta hoidosta ja omista oikeuksista.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista turvaa potilaan hyvän hoidon, selvityksen terveydentilasta, hoidon merkityksen ja eri hoitovaihtoehdot (L17.8.1992/785). Psykiatrinen potilas voi olla helposti heikommassa asemassa, koska hänellä saattaa olla kommunikaatiovaikeuksia ja toimintakyky saattaa olla heikentynyt. Potilaan itsemääräämisoikeuden lisääntymiseen tähdätään yhteishoidossa. Potilaan yksilöllisyyden ja itsemääräämisoikeuden toteutumiseksi läheisten ja perheen tuki ovat keskeisessä roolissa. (Latvala 1998, 20–30.)

Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista kerrotaan myös, että terveydenhuollon ammattihenkilön on annettava selvitys siten, että potilas riittävästi ymmärtää sen sisällön. Jos terveydenhuollon ammattihenkilö ei osaa potilaan käyttämää kieltä taikka potilas ei aisti- tai puhevian vuoksi voi tulla ymmärretyksi, on mahdollisuuksien mukaan huolehdittava tulkitsemisesta. Potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Jos potilas kieltäytyy tietystä hoidosta tai hoito- toimenpiteestä, häntä on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla. (L17.9.2004/857.) Potilasasiamiehen tehtävänä on muun muassa tiedottaa potilasta hänen oikeuksista ja toimia niiden edistämiseksi ja toteuttamiseksi (L12.12.2014/1101). Henkilötietolaissa (L22.4.1999/523) on määritelty, että jokaisen potilaan oikeuksiin kuuluu saada tarkastaa, mitä hänestä on kirjattu esimerkiksi potilasasiakirjoihin.

Laitilan ym. (2012, 9) mukaan jokaisella mielenterveyspalveluita käyttävällä on oikeus olla mukana itseään koskevassa päätöksen teossa. Oikeuspsykiatriset potilaat ovat kuitenkin useimmiten vasten tahtoaan hoidossa tai vankeudessa ja mielentilatutkimuksetkin tehdään oikeuden määräyksestä. Ajoittain potilaiden itsemääräämisoikeutta joudutaan rajoittamaan. (Putkonen & Huttunen 2007, 2361.) Mielenterveyslaissa näitä mahdollisia itsemääräämisoikeutta rajoittavia tekijöitä ovat esimerkiksi liikkumisvapauden rajoittaminen, hoidollinen kiinnipitäminen,

eristäminen muista potilaista, sitominen, omaisuuden haltuunotto, omaisuuden ja lähetysten tarkistaminen, henkilön tarkistaminen sekä yhteydenpidon rajoittaminen. (L21.12.2001/1423.)

2.2 Potilaslähtöisyys

Potilaslähtöisyys tarkoittaa käsitteenä sellaista hoitoa, johon potilas pystyy itse vaikuttamaan kokonaisvaltaisesti. Potilaslähtöisessä hoitamisessa pyritään auttamaan psyykkisesti sairastunutta hyväksymään itsensä sellaisena kuin on. Lisäksi häntä autetaan löytämään omat voimavaransa selviytyäkseen päivittäisistä toiminnoista ja elämästä ylipäänsä. Psykiatriselle potilaalle on tuskallista tietää sairastavansa pitkäaikaista vaikeaa sairautta ja sen sisäistäminen on usein hänelle vaikeaa. Potilaslähtöisessä hoidossa psykiatrisen potilaan osallisuus on keskeisessä roolissa hänen itsemääräämiseen omassa hoidossaan, jota saattaa vaikeuttaa psyykkisestä sairaudesta johtuvat rajoitteet. Psykiatrisen potilaan osallisuus hoidossaan vaihtelee passiivisesta aktiiviseen osallisuuteen. Hoito on potilaslähtöistä psykiatrisen potilaan ollessa aktiivinen ja vastuullinen osallistuja hoidossaan. Hoidon edellytyksenä on, että psykiatrinen potilas pystyy kohtaamaan oman sairautensa. Tämä on mahdollista riittävän ammattiavun turvin. Psykiatrisen potilaan kaikki resurssit hyödynnettäessä puhutaan potilaslähtöisyydestä eli psykiatrinen potilas itse läheisineen on keskeisessä roolissa käytettävien voimavarojensa lisäksi. (Latvala 1998, 17, 26, 30–33.)

Hoitotiimien täytyy pystyä käymään jatkuvaa keskustelua potilaiden hoidosta, puuttumisen tarpeista, rajoittamisesta ja siitä, mihin "normaaliuteen" hoidossa pyritään. "Normaalius" on käsitteenä laaja, subjektiivinen, kulttuurisidonnainen ja vaihteleva, sekä kunkin potilaan kohdalla erilainen. Jokaisella on oma normaaliutensa, minkä vuoksi siitä on keskusteltava kunkin potilaan tapauksessa erikseen. (Putkonen & Huttunen 2007, 2361.)

Potilaslähtöisellä yhteistyöllä tarkoitetaan laitospäristössä hoidollista toimintaa, jossa pyritään tietoisesti hyödyntämään inhimillisyyttä, tasa-arvoa ja ihmisiä yhdistäviä sosiaalisia voimia. Psykiatrisen potilaan tarpeista lähtevän lähestymistavan keskeiset periaatteet ovat, että hoidolliset toiminnot suunnitellaan ja toteute-

taan huomioiden joustavuus ja yksilöllisyys siten, että todellinen psykiatrisen potilaan tarpeista lähtevä muutos on mahdollista kohdata ja toteuttaa. Mielipiteen vapaus kuuluu myös psykiatriaan ja tulisikin kiinnittää enemmän huomiota potilaan kykenemisen tukemiseen olla ajattelevana, uskomuksia ja mielipiteitä muodostavana sekä tunteita kokevana ihmisenä (Stenlund 2014). Keskinäinen ymmärrys on tärkeää ja se syntyy hoitotyön asiantuntijoiden ja potilaan välisessä dialogissa. Psykiatrisen potilaan osallisuus yksilöllisesti resursseineen, rajoituksineen ja mahdollisuuksineen on potilaslähtöisen yhteistyön keskeinen tarkoitus ja yhteishoidon tavoite. Psykiatrisella potilaalla on lain mukaan oikeus tulla hoidetuksi yhteisymmärryksessä hänen itsensä kanssa, jolloin henkilökunnan ja potilaan on toimittava yhteistoiminnallisesti. Psykiatrisen hoidon tulee olla potilaslähtöistä laitosympäristössä ja avohoidossa. (Latvala 1998, 20–29.) Tässä tutkimuksessa potilaslähtöisyydellä tarkoitetaan potilaan saamaa yksilöllistä hoitoa ja potilaan kuulluksi ja ymmärretyksi tulemistä.

Psykiatrisen potilaan pelko siitä, että lääkäri salaa häneltä hänen sairauttaan koskevia asioita, saattaa johtua tiedonsaannin riittämättömyydestä. Väärinkäsitykset ja puutteet tiedonsaannista juontuvat osakseen potilaiden tietoisista pelon ja huolen aiheista. (Hotti 2004, 33.)

2.3 Selviytymisen tukeminen

Selviytymisen tukeminen tarkoittaa esimerkiksi ihmisen mukautumista sairautensa aiheuttamiin rajoituksiin ja muutoksiin, ja sitä voidaan kuvailla yksilön pyrkimyksenä ratkaista hänen kannaltaan mieleinen ongelma. Psykykkisesti sairaan tarpeet ovat hänen hoidossaan monimuotoiset, joten henkinen hätä ja ahdistus korostuvat fyysisten perustarpeiden tyydyttämisen ohella. Psykiatrisen potilaan hoitotyössä on erittäin tärkeää, että potilaan tarpeet sisäistetään ja tunnistetaan. Psykiatrista potilasta tulee kunnioittaa yksilönä ja arvostaa ihmisenä sekä olla aidosti kiinnostunut hänen asioistaan ja elämästään. Asioista tulee myös kertoa psykiatriselle potilaalle mahdollisimman selkeällä ja ymmärrettävällä tavalla. Hoidossa on myös tärkeää ottaa huomioon enemmän erityisesti henkistä ja biofyysistä ulottuvuutta sekä muistaa potilaan hyväksymisen tärkeys. Riittävä tuki, yhteinen pää-

töksenteko, valinnanvapaus ja potilaan mielipiteiden arvostaminen liittyvät psykiatrisen potilaan kokemuksiin hänen osallisuudestaan. (Latvala 1998, 17–30; Laitila 2010, 9.) Lisäksi yksi potilaan hoitomotivaatiota kasvattava tekijä on hänen kokemus tyytyväisyytensä (Kinnunen 2013, 7).

Yksilölliset auttamismenetelmät tukevat psykiatrisen potilaan selviytymistä, jotta potilas voi olla itse vastuullinen osallistuja hoidossaan. Haasteellista on saada psykiatrinen potilas olemaan aktiivisesti mukana hoidossaan. Psykiatrisen potilaan tuensaanti onkin tärkeää hänen osallistumisen ja selviytymisen kannalta päivittäisessä elämässä. Monista tutkimuksista on käynyt kuitenkin ilmi, että psykiatriset potilaat kykenevät osallistumaan ja selviytymään päivittäisessä elämässään sekä kontrolloimaan omaa käyttäytymistään. Jo pitkään on osattu hyödyntää yhteistoiminnallisia menetelmiä, esimerkkinä erilaiset työ- ja toimintaterapiat. Psykiatrisen potilaan löytäessä ja tiedostaessa omat voimavaransa ne auttavat häntä arvioimaan ja käsittelemään hänen terveytensä vaikuttavia tekijöitä, sekä selviytymään päivittäisessä elämässä. Psykiatrinen pitkäaikaipotilas on useimmiten keinoton haakeutumaan uusiin ihmissuhteisiin ja muodostamaan niitä. Hän jää näin helposti yhteiskunnan ulkopuolelle sosiaalisten suhteiden osalta. (Latvala 1998, 21–31.)

Psykiatrisen potilaan osallisuutta lisäävät ajan antaminen päätöksentekoa varten, mahdollisuudet kysymyksiin ja turvallisuuden tunteen luominen (Laitila 2010, 21). Muiden vuorovaikutussuhteiden merkitys korostuu psykiatrisen potilaan selviytymisen tukemisessa. Psykiatrisen potilaan selviytymisen tukemisen kannalta on myös tärkeää, että keskitytään enemmän sairauden tutkimiseen ja hoitamiseen kuin sairauden kuvaan. Psykiatrisessa hoitotyössä potilaalle on tärkeää, että hoitaja ymmärtää sairauden luonteen ja ilmenemisen sekä vuorovaikutussuhteeseen liittyvät vaiheet. Yhteisöhoito on lisännyt psykiatristen potilaiden osallisuutta päätöksentekoon ja heidän yhteisvastuu on lisääntynyt. Hoitajan tulee tukea psykiatrista potilasta, jotta hänen on mahdollista hoitaa itseään ja saavuttaa ratkaisu ongelmiinsa. Psykiatrisen potilaan hoidon jatkuvuuden kannalta yhteistyö läheisten ja omaisten kanssa on tärkeää, mutta se on myös suurin haaste psykiatrisessa hoitotyössä. Heille on myös tärkeää jakaa tietoa mahdollisimman ymmärrettäviin, koska hekin tarvitsevat tukea ja ohjausta ymmärtääkseen psykiatrista potilasta pa-

remmin. (Latvala 1998, 17–30.) Yhteydenpidon mahdollisuus läheisiin lisää potilaiden tyytyväisyyttä hoidossa, mikä kasvattaa potilaan hoitomotivaatiota (Kinnunen 2013, 15).

Lindströmin (1995) ja Kokon (1996) tutkimuksissa kuvataan potilaan ensimmäistä hoitajaksoa psykiatrisessa sairaalassa ja siinä korostuivat potilaiden yksinäisyys, avuttomuus, voimattomuus ja toisten armoilla oleminen. Kokemukset liittyivät henkilökunnan ja psykiatrisen potilaan välisiin suhteisiin, sairaalaoastan ulkoisiin puitteisiin ja potilaan hoitoon hakeutumiseen. Psykiatrisen potilaan osallisuuden tukeminen potilaslähtöisessä hoitotyössä laitosympäristössä auttaa monesti häntä tulevaisuudessa selviytymään avohoidossa sairaalahoidon jälkeen. Psykiatriset potilaat hyväksyvät useimmiten kuuluvansa sosiaalisesti alempaan luokkaan ja hakeutuvat entisten psykiatristen potilaiden seuraan, useimmiten sellaisten jotka ovat entisiä psykiatrisia potilaita. (Latvala 1998, 30; Lindström 1995, 655–662.)

2.4 Yhteistyösuhde hoitajien kanssa

Yhteistyösuhde hoitajien kanssa tarkoittaa asiantuntijajohtoista yhteistyötä, jolloin psykiatrinen potilas on käytännössä passiivinen osallistuja hoitohenkilökunnan suunnitelmassa ja toteuttaessa hoitoa sekä ohjatessa psykiatrisen potilaan selviytymistä. Yhteistyösuhteessa psykiatrinen potilas on voinut tiedostaa ja ottaa käyttöön omia resurssejaan. (Latvala 1998, 21–22.) Psykiatrisen potilaan näkökulmasta katsottaessa hoitosuhteen vuorovaikutuksellisella toiminnalla ja sosiaalisen järjestelmän rakenteella on erittäin keskeinen merkitys terveystalvelujen laatua arvioitaessa (Kujala 2003, 46). Psykiatrisen potilaan hoitoa suunniteltaessa potilaan osallisuus käsittää hoidon suunnittelun vastaamaan potilaan tarpeisiin ja potilaan mielipiteitä arvostaen sekä riittävän tiedon antamisen potilaan päätöksen teon tueksi (Laitila 2010, 9). Jos joskus joudutaan turvautumaan pakkotoimiin, on hoitajien ja potilaan välinen vuorovaikutus erityisen tärkeässä roolissa. Potilaan arvo korostuu ja häntä on muistettava kohdella ihmisarvoa kunnioittavalla tavalla. (Kinnunen 2013, 13.)

Myös pakkohoidossa olevalla potilaalla on yhä subjektiivisuutensa ja ihmisarvonsa. Hän ei saa olla passiivinen objekti, joka ohjelmoidaan toimimaan töiden ja

harrastusten säännöllisessä rytmissä rangaistusten pelossa ja jolle syötetään lääkettä. Joskus hoitavat henkilöt psykiatrisoivat sellaisia asioita kuin vanhempien huoli lapsista, potilaaksi joutuneen huoli työpaikasta, läheisistä tai tulevaisuudesta, ahdistus laitoksessa olemisesta tai tavallinen halu laiskotella. Myös laitospotilaiden positiivisia tunteita, kuten innostumista tai rakkauden kaipuuta, patologisoidaan. (Putkonen & Huttunen 2007, 2362.)

Perinteisestä autoritaarisesta työskentelytavasta on ollut psykiatrisen potilaan kannalta hyvä luopua, koska tällöin psykiatrinen potilas on päässyt aktiivisemmin osallistumaan omaan hoitoonsa. Hoitajan erilaiset yhteistyötaidot psykiatrisen potilaan sekä hänen läheistensä ja perheensä kanssa ovat tärkeässä roolissa psykiatrisessa hoitotyössä potilaan hoidon onnistumiseksi. Vuorovaikutussuhteella hoitajan ja psykiatrisen potilaan välillä on suuri merkitys psykiatrisen potilaan selviytymisen tukemisessa. Lähtökohtana hoitotyössä on psykiatrisen potilaan kohtaaminen ja auttaminen kokonaisvaltaisesti. Hoidollinen yhteistyö on hyväksi psykiatriselle potilaalle, koska siinä mahdollistuu potilaslähtöinen lähestymistapa ja resurssien hyödyntäminen on monipuolista. Ammatillisesti pätevä hoitohenkilö on tärkeä osa hoidon onnistumista, koska henkilö pystyy synnyttämään luottamusta ja edistämään hoidollisen yhteistyösuhteen muodostumista potilaan kanssa. Psykiatrisen potilaan perheellä on suuri merkitys hoidollisen yhteistyösuhteen syntymisessä, koska he ovat keskeisen tukijan roolissa. Hoitajan potilaslähtöinen toiminta sekä yksilöllisyyden ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen mahdollistavat psykiatrisen potilaan osallisuuden hänen hoitoonsa. (Latvala 1998, 23–30.)

Psykiatriselle potilaalle on tärkeää prosessin ja vuoropuhelun jatkuvuus, että hoitajalta löytyy herkkyyttä ja hyvää ammattitaitoa sekä itsetuntemusta. Kohdatakseen oman sairautensa ja analysoidakseen sitä, psykiatrinen potilas tarvitsee ammattiauttajaa, joka on monesti omahoitaja. Oman sairauden ja oman todellisuuden kohtaaminen voi olla monelle psykiatriselle potilaalle hyvin tuskallista ja tällöin prosessi vaatii hoidollista yhteistyösuhdetta. Psykiatrisen potilaan kokemukset sairaudesta ja rajoituksista, jotka sairaudesta seuraavat, sekä potilaan oman itsen säilyttäminen ja suojeleminen ovat potilaslähtöisessä yhteistyössä olennaista. Psykiatrisen potilaan käsitys omasta itsestä ja sairauden kuvastaan kehittyy suhteessa

muihin kanssaihmissiin. Psykiatriselle potilaalle on erittäin tärkeää jatkuvan hoitosuhteen kannalta, että hoitaja saa käsityksen hänen sairaudestaan ja tuntemuksistaan, ja että hoitaja tulee toimeen hänen kanssaan. Jos nämä eivät toteudu, potilaan keinot ovat vähäiset selviytyä sairautensa kanssa. Psykiatriselle potilaalle on myös tärkeää, että yhteistyösuhde perustuu luottamukseen, yksilöllisyyden huomioimiseen ja potilaan ja hoitajien toistensa kunnioittamiseen. Hoidollinen yhteistyösuhde edellyttää myös molemminpuolista sitoutumista yhteistyöhön, jonka kesto saattaa olla useita vuosia. (Latvala 1998, 31–33.)

3 OIKEUSPSYKIATRINEN HOITOTYÖ

Luvussa käsitellään oikeuspsykiatria rikosoikeudellisesta, hallinnollisesta ja siviilioikeudellisesta näkökulmasta, koska Vanhan Vaasan sairaalassa tutkimukseen osallistuvilla osastoilla on sekä oikeuspsykiatrisia- että vaikeahoitoisia potilaita. Lisäksi luvussa tarkastellaan oikeuspsykiatrista potilasta ja -hoitotyötä sekä kuntoutusta.

3.1 Oikeuspsykiatria

Rautasen, Brotheruksen, Soukkasen, Niinistön ja Ahlgrén-Rimpiläisen (2015, 3394) mukaan oikeuspsykiatrisessa hoidossa yleisin hoitoon johtava sairaus on skitsofrenia ja potilaita oli vuonna 2015 noin 400. Oikeuspsykiatrian tehtävä on tutkia ja hoitaa mielenterveyden häiriöiden vaikuttavuutta ihmisen käyttäytymiseen, tutkia miten lakien soveltamisessa otetaan huomioon psyykkiset häiriöt ja poikkeavuudet sekä miten voidaan ehkäistä ja hoitaa rikollista ja erityisesti väkivaltaista käyttäytymistä (Tiihonen 2014, 698).

Oikeuspsykiatria vaikuttaa tieteellisten tutkimustulosten avulla lainsäädäntöön siten, että lainsäädäntöä kehitettäessä otetaan huomioon psyykkisten häiriöiden vaikutus käyttäytymiseen. Oikeuspsykiatrisen tutkimustyön tehtävä on kaikkien rikolliseen ja väkivaltaiseen käyttäytymiseen liittyvien riskitekijöiden kartoitus. Näitä ovat esimerkiksi koulutus, kasvuolosuhteet, päihteiden käyttö, hoitoon ohjaaminen, sosiaaliturva ja aseiden saatavuus. (Tiihonen 2014, 698.)

3.1.1 Rikosoikeudellinen oikeuspsykiatria

Suomen lainsäädännön mukaan yli 15-vuotiaat henkilöt ovat rikosoikeudellisessa vastuussa teoistaan. Henkilöä ei kuitenkaan rangaista rikoksestaan, mikäli hän on syyntakeeton. Uuden, vuonna 2004 voimaan tulleen rikoslain uudistuksen mukaan: "Tekijä on syyntakeeton, jos hän ei tekohetkellä kykene mielisairauden, syvän vajaamielisyyden taikka vakavan mielenterveyden tai tajunnan häiriön vuoksi ymmärtämään tekonsa tosiasiallista luonnetta tai oikeudenvastaisuutta taikka hä-

nen kykynsä säädellä käyttäytymistään on sellaisesta syystä ratkaisevasti heikentynyt (syyntakeettomuus)". (L19.12.1889/39.)

Suomessa oikeuspsykiatristen potilaiden hoito määräytyy terveydenhuollon lain-säädännön mukaan. Syyntakeisuudesta taas päättää tuomioistuin. Rikokseen syylistynyt henkilö voidaan määrätä tuomioistuimessa mielentilatutkimukseen sen ollessa perusteltua. Tuomioistuinkäsittelyssä esiin tulleet seikat, syyttäjän tai syytetyksen esittämä pyyntö mielentilatutkimuksesta ja pyynnölle esitetyt perusteet, esimerkiksi psykiatrin antama lausunto mielentilatutkimuksen tarpeellisuudesta vaikuttavat tuomioistuimen päätökseen. Rikoksesta syytetty henkilö voidaan jättää tuomioistuinkäsittelyssä tuomitsematta rangaistukseen syyntakeettomana esimerkiksi asiantuntijalausunnon (lääkärinlausunnon) tai aiemman mielentilalausunnon perusteella ilman oikeuspsykiatrista mielentilatutkimusta. (Eronen ym. 2012, 1823.)

Lain perusteluissa todetaan mielentilaa koskevien käsitteiden olevan yleiskielisiä eikä laissa viitata tiettyyn psykiatriseen diagnoosiin. Mielisairaus tarkoittaa perustelun mukaan tyypillisesti psykoottisluonteisia tiloja. Lain perusteluissa ei ole määritelty syvää vajaamielisyyttä, mutta siinä annetaan ymmärtää, ettei uudessa laissa ole tarkoitus muuttaa aikaisempaa vallitsevaa käytäntöä, jossa yhdeksänuotiaan tason alapuolelle älykkyydeltään jäävät rikoksentekijät on katsottu tavallisesti ymmärrystä vailla oleviksi eli syyntakeettomiksi. (Tiihonen 2014, 703.)

3.1.2 Hallinnollinen oikeuspsykiatria

Suomessa oikeuspsykiatrinen mielentilatutkimus toteutetaan aina sairaalassa oikeuspsykiatrian tai psykiatrian erikoislääkärin johtamana moniammatillisena tiimiyönä, johon osallistuvat lisäksi psykologi, sosiaalityöntekijä ja muu sairaalan henkilökunta. Varsinaisia mielentilatutkimuksia tehdään käytännössä vain kaikkein vakavimpiin rikoksiin syyllistyneille. Tuomioistuimen harkitessa päätöstä koko rangaistusajan suorittamisesta vankilassa sen on pyydettävä mielentilatutkimusta ja sen yhteydessä lausuntoa henkilön vaarallisuudesta. Mielentilatutkimukset tehdään aina sairaalaolosuhteissa ja suurin osa niistä toteutetaan valtion mieli-

sairaaloissa: Niuvanniemen sairaalassa Kuopiossa sekä Vanhan Vaasan sairaalassa Vaasassa. (Eronen ym. 2012, 1823–1825.)

Rautasen ym. (2015, 3394) mukaan henkilön ollessa mielentilatutkimuksessa hänestä laaditaan kahden kuukauden aikana kattava psyykkiset, somaattiset ja sosiaaliset tekijät huomioon ottava selvitys. Selvityksessä otetaan kantaa mm. tahdosta riippumattoman hoidon tarpeeseen ja syyntakeisuuteen. Tutkittavasta kerätään laajalti esitietoja hyödyntämällä omaisia ja muita läheisiä, mahdollisia aikaisempia hoitopaikkoja, kouluja, terveydenhuollon yksiköitä, työnantajia ja muita tahoja, jotka kykenevät antamaan olennaisia tietoja tutkittavan henkilöhistoriasta. Tutkittavalle tehtävään laajaan psykiatriseen tutkimukseen kuuluu mm. haastattelua ja tarkkailua, sekä laaja kognitiivista kapasiteettia ja mahdollisia psyykkisiä häiriöitä mittaava psykologinen tutkimus. Mikäli syyt ovat painavia, mielentilatutkimukseen voidaan saada lisää aikaa siten, että lausunto on annettava neljän kuukauden kuluttua potilaan saapumisesta tutkimukseen. (Eronen ym. 2012, 1824–1825.)

Kun kaikki kolme seuraavaa ehtoa täyttyvät samanaikaisesti, voidaan täysikäinen henkilö määrätä tahdostaan riippumatta psykiatriseen sairaalahoitoon:

- 1) Henkilön todetaan olevan mielisairas.
- 2) Henkilö on hoidon tarpeessa mielisairautensa vuoksi siten, että hoitoon toimittamatta jättäminen pahentaisi olennaisesti hänen mielisairauttaan tai vakavasti vaarantaisi joko hänen tai muiden henkilöiden terveyden ja turvallisuuden.
- 3) Kaikki muut mielenterveyspalvelut ovat riittämättömiä tai eivät sovellu käytettäväksi.

(Henriksson, Lönnqvist & Moring 2014, 734.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksella (THL) on mielenterveyslain mukaan valta päättää kriminaalipotilaan tahdosta riippumattoman hoidon aloituspaikasta. Potilaan ollessa määrättyä hoitoon valtion mielisairaalaan tulee hoitopaikan tarve arvioida viimeistään kuuden kuukauden kuluttua hoidon aloituksesta yhteistyössä

sen sairaanhoitopiirin kanssa, jonka alueella potilaan kotikunta sijaitsee. Myös potilaan hoidon tarve selvitetään kuuden kuukauden välein hoitopaikasta riippumatta. Päätös hoidon jatkamisesta tulee antaa potilaalle tiedoksi viipymättä sekä alistaa heti hallinto-oikeuden vahvistettavaksi. Päätös hoidon lopettamisesta tulee antaa potilaalle tiedoksi viipymättä ja alistaa heti THL:n vahvistettavaksi. Oikeuspsykiatrisen potilaan tapauksessa päätös hoidon jatkamisesta on tehtävä aina viimeistään kuuden kuukauden kuluttua edellisestä päätöksestä. (Tiihonen 2014, 710.)

3.1.3 Siviilioikeudellinen oikeuspsykiatria

Siviilioikeudellisessa oikeuspsykiatriassa oikeustoimikelpoisuudelliset rajoitukset liittyvät tavallisimmin henkilön psyykkiseen häiriöön sen rajoittaessa hänen kykyään käydä kauppaa, hallita omaisuuttaan, määrätä testamentilla omaisuutensa jakamisesta ja toimia todistajana (Tiihonen 2014, 711). Avioliittolaista on lainmuutoksen myötä poistettu psyykkisiin häiriöihin liittyviä rajoituksia eikä mielenterveyden häiriöillä ole enää juuri käytännön merkitystä rajoittavina tekijöinä solmitaessa avioliittoa (L13.6.1929/234).

Henkilö on nykyisen lainsäädännön mukaan täysi-ikäinen ja siten myös oikeustoimikelpoinen hänen täytettyään 18 vuotta, mikäli tuomioistuim ei ole päättänyt muuta. Lisäksi avioliiton solminut alle 18-vuotias henkilö on oikeustoimikelpoinen. Tuomioistuim voi harkintansa mukaan julistaa henkilön vajaavaltaiseksi ja näin rajoittaa hänen oikeustoimikelpoisuuttaan. Tavallisimmin pyydetään lääkäriltä lausuntoa liittyen oikeustoimikelpoisuuteen, kun määrätään edunvalvojaa tai kun oikeus saa harkittavaksi lahjoituksen tai testamentin julistamisen pätemättömäksi tai kaupan mitätöimisen jälkikäteen. (L13.6.1929/234.)

3.2 Oikeuspsykiatrinen potilas

Pääsääntöisesti THL määrää rikokseen syyllistyneen henkilön valtion mielisairaalaan, mikäli hän on psykiatrisen hoidon tarpeessa. Joskus kyseinen henkilö voidaan kuitenkin sijoittaa hoitoon myös oman kotikunnan psykiatriseen sairaalaan. (Eronen ym. 2012, 1825.)

Nykyaikainen ideaalitalanteinen oikeuspsykiatrinen potilas vastaa omista asioistaan ja tekee yhteistyötä asiantuntijoiden kanssa, on tasavertainen kumppani sekä tarvittaessa myös potilaita edustava vertaisasiantuntija. Monille mielenterveyden häiriöille on kuitenkin ominaista, ettei potilas ole hyvässä kontaktissa itseensä tai omiin asioihinsa. (Lehtonen & Lönnqvist 2014, 23.)

Skitsofreniapotilas ei ole yhtään vaarallisempaa seuraa kuin muut ihmiset. Silti on muistettava psykoottisten potilaiden alaryhmä, johon kuuluvien sairaudenkulku on krooninen, joilta puuttuu sairaudentunto ja joilla on samanaikaisesti päihdeongelma. Tämä ryhmä on alttiina muillekin rikollisuutta lisääville tekijöille, kuten köyhyydelle ja sosiaalisten tukiverkostojen riittämättömyydelle ja ryhmään vaikuttavat erityisesti avohoidon puutteet. (Putkonen & Huttunen 2007, 2361.)

Sidhomin, Abdelfattahin, Carterin, El-Dosokyn ja El-Islamin (2013, 3) tutkimuksen mukaan psykiatriset potilaat kokevat skitsofreniaan tai siihen liittyviin sairauksiin liittyvän leimaamisen useimmiten muutoksena muiden käytöksessä heitä kohtaan. Muut saattavat olla esimerkiksi yllättyneitä psykiatrisista ongelmista, vähentää yhteydenpitoa, kehottaa uskomaan parantumiseen tai olemaan olematta tekemisissä psykiatrien kanssa sekä antaa heille vähemmän velvoitteita. Psykiatriin potilaisiin kohdistuvaa kielteistä leimaamista ja syrjintää aiheuttavia tekijöitä ovat pelottavilta tuntuvat oireet ja oudolta näyttävä käytös, laitoshoido, pitkät hoitoajat, hoitojen mahdolliset sivuvaikutukset, tiedon puute ja yksittäiset kohu-uutiset sekä viime kädessä ihmisten epävarmuus omasta mielenterveydestä. Kielteisestä leimaamisesta seuraa usein pelkistäviä yleistyksiä, jotka eivät koske vain potilaita, vaan laajenevat koskemaan myös koko oikeuspsykiatrasta toimialaa ja sen työntekijöitä. (Lehtonen & Lönnqvist 2014, 23.)

Psykiatristen potilaiden syrjäytymispaineita vastaan tulee taistella jatkuvasti ja toimia osallisuuden puolesta, sillä vakavat mielenterveyden häiriöt aiheuttavat lisäksi usein todellista toimintakyvyn ja työkyvyn heikkenemistä. Omaisten ja hoitohenkilökunnan lisäksi potilas- ja omaisjärjestöt sekä monet muut tasa-arvoisuuteen pyrkivät tahot ovat olleet potilaiden tukena. Leimautumisen vastai-

nen työ vaatii jatkuvaa tiedon jakamista, asenteiden muokkausta ja syrjivään käytökseen puuttumista. (Lehtonen & Lönnqvist 2014, 23.)

Ihmisläheisen hoidon keskeiset ominaisuudet ovat potilaan ihmisarvon, yksilöllisyyden ja itsemääräämisen kunnioittaminen. Ihmisläheinen hoito on lähellä potilaslähtöisyyttä, kun siihen sisältyy turvallisuus, kunnioitus, itsenäisen päätöksenteko, arvostus, itsensä hyväksyminen, kuuluminen johonkin, kannustaminen, tiedottaminen ja luottamus. (Latvala 1998, 22.)

Uuden tutkimustiedon, uusien hoitomenetelmien ja yleisen tiedon tason parantumisen myötä asenteet mielenterveyden häiriöitä ja psykiatrisia potilaita kohtaan ovat muokkautuneet nopeasti myönteisemmiksi. Erityisesti myönteistä ilmapiiriä mielenterveyden ongelmia kohtaan ovat olleet luomassa masennuksen ja ahdistuksen yleisyys sekä niiden hoidosta saadut hyvät tulokset. (Lehtonen & Lönnqvist 2014, 23.)

3.3 Oikeuspsykiatrinen hoitotyö

Pakkotoimenpiteitä saa mielenterveyslain mukaan kohdistaa vain tarkkailuun tai hoitoon määrättyyn potilaaseen. Hoidon perustana tulee olla hoitosuunnitelma ja hoidon tulisi olla hyvien hoitokäytäntöjen mukaista. Lisäksi pakkotoimenpiteiden käyttämisen edellytyksenä on, että suorittamatta jättäminen olennaisesti pahentaisi mielenterveyden häiriötä. (L14.12.1990/1116.)

Potilaan hoidosta vastaava virkalääkäri päättää potilaalle tahdosta riippumatta suoritettavista hoito- ja tutkimustoimenpiteistä sekä hoidon suorittamisen kannalta välttämättömistä pakkotoimenpiteistä. Laissa on myös määräykset tahdosta riippumattomassa hoidossa olevan henkilön ruumiillisen sairauden hoitamisesta, liikumavapauden rajoituksesta, eristämisestä, omaisuuden haltuunotosta, omaisuuden ja lähetysten tarkastuksesta, henkilöön kohdistuvista tarkastuksista sekä yhteydenpidon rajoittamisesta. (Henriksson ym. 2014, 740, L11.6.1999/731.)

3.3.1 Väkivaltaisen potilaan hoitotyö

Oikeuspsykiatrisen vaarallisuusarvion perustana ovat sekä kliininen arvio, että soveltuvien strukturoitujen arviointimenetelmien avulla suoritettu arvio tutkittavan vaarallisuudesta. Lausunnossa kuvataan tutkittavan aiempaa väkivaltaista käyttäytymistä, rikos- ja sairaushistoriaa, sekä havaintoja psyykkisestä statuksesta ja psykologisissa tutkimuksissa ilmenneistä vaarallisuuteen liittyvistä havainnoista. Vaarallisuusarvion johtopäätöksissä otetaan kantaa tutkittavan mahdolliseen vaarallisuuteen toisen henkeä, terveyttä ja vapautta kohtaan. (Eronen ym. 2012, 1825.)

Eidhammerin ym. (2014, 2716) tutkimuksen mukaan potilaiden aggressiivisuudella ja väkivaltaisuudella on haitallinen vaikutus sekä potilaisiin, että henkilökuntaan oikeuspsykiatrisissa hoitolaitoksissa. Väkivaltaiset tapahtumat ovat psykiatrisessa sairaalassa varsin tavallisia. Potilaan uhkaillessa avoimesti tai käyttäytyessä muuten uhkaavasti, tulee ensiksi pyrkiä selvittämään potilaan käytökseen johtaneet syyt lähestyen potilasta asiallisen neutraalisti. Väkivallan uhan ollessa olemassa on paikalle hankittava aina riittävästi henkilökuntaa fyysisen ylivoiman turvaamiseksi. Lisäksi tarpeen vaatiessa paikalle täytyy kutsua lisävoimia poliisista. Kun syyt käytöksen taustalla on selvitetty, tulee potilaalle tehdä selväksi, ettei muiden pelottelua tai väkivaltaisuutta osastolla voida sallia. Tahdosta riippumattomassa hoidossa olevalle potilaalle tehdään selväksi, että tarpeen vaatiessa hänet tullaan eristämään hänen oman tai toisten turvallisuuden vuoksi. (Tiihonen 2014, 702.)

Puuttumalla riittävän varhain uhkailuun ja muihin ennusmerkkeihin, sekä tarvittaessa eristämällä potilas ennen väkivallan tekoa, väkivaltatapahtumia voidaan vähentää sairaalassa. Eristäminen ja lepositeiden asettaminen tulee tehdä päättäväisesti ja neuvottelematta niistä enää potilaan kanssa, kun ne katsotaan välttämättömiksi toimiksi. Voimatoimia ei kuitenkaan tule käyttää enempää kuin katsotaan välttämättömäksi. Eristäminen ja lepositeiden käyttö ovat hoitotoimenpiteitä ja niihin on aina oltava lääketieteelliset perustelut. Potilaalle tulee taata mahdollisuus vuorovaikutukseen molempien keinojen käytössä, mutta potilaan niin halutessa

hänen tulee voida myös olla yksin. Hoitajan ei tule koskaan mennä eristyksessä olevan potilaan luo yksin, ellei potilas ole leposide-eristyksessä. (Tiihonen 2014, 702.)

Potilaalle tulee aina selittää, mitä hänelle tehdään ja miksi, vaikka hän vaikuttaisi kyvyttömältä kommunikoimaan. Väkivaltaisen, psykoottisen potilaan hoitamisessa voidaan ensiapuna käyttää esimerkiksi lääkityksenä olantsapiinia 10 mg lihakseen, jolloin saadaan varsin nopeasti rauhoittava vaikutus ilman ekstrapyramidaalioireita. (Tiihonen 2014, 702.)

Olantsapiini kuuluu psykoosilääkkeisiin ja vaikuttaa usean, aivojen toimintaa eri tavoilla säätelevän aineen, kuten dopamiinin ja serotoniinin toimintaan. Lääke parantaa mielialaa skitsofreniassa ja maniassa ja lievittää sairaudesta johtuvia oireita. Ekstrapyramidaalioireet taas ovat erilaisia pakkoliikkeitä, esimerkiksi lepovapinaa, erilaisia kouristustiloja tai pakonomaista motorista levottomuutta. (Duodecim 2015.)

3.3.2 Oikeuspsykiatristen potilaiden hoitotyö

Suurin osa oikeuspsykiatrisista potilaista Suomessa hoidetaan kahdessa valtion mielisairaalassa eli Niuvanniemen sairaalassa ja Vanhan Vaasan sairaalassa. Molemmat valtion mielisairaalat ovat erityistason hoitolaitoksia, joilta kunnat ostavat palveluita ja niissä hoidetaan myös sellaisia vaarallisia ja vaikeahoitoisia potilaita, jotka eivät ole läpikäyneet juridista syyttämisprosessia ja joiden hoitoon määrääminen tapahtuu kuten tavallistenkin psykiatristen potilaiden. (Tiihonen 2014, 707.)

Yli 70 % täysi-ikäisistä oikeuspsykiatrisista potilaista sairastaa skitsofreniaa ja lopuilla on jokin muu psykoottistasoinen häiriö. Lääkehoidolla on varsin merkittävä osuus hoidossa, sillä levottoman ja vihamielisen sekä vastustelelevan potilaan hoito muilla hoitomenetelmillä on erittäin vaikeaa, ellei psyykkistä tilaa saada ensin kohentumaan. (Tiihonen 2014, 707.)

Oikeuspsykiatristen potilaiden hoitoaikojen ollessa pitkiä ja sairauden ollessa usein vaikea ja nuorella iällä alkanut, on psykoterapian lisäksi muulla psykososi-

aalisella hoidolla tärkeä merkitys. Hoidon muotoja ovat esimerkiksi toimintaterapia ja käytännön elämän toimintakyvyn kohentaminen. (Tiihonen 2014, 707.)

3.3.3 Oikeuspsykiatrisen kuntoutuspotilaan hoitotyö

Huolella mietitty hoitosuunnitelma on tärkein työkalu oikeuspsykiatrisen potilaan matkalla avohoitoon. Suunnitelman tekoon on käytettävä yhtä paljon asiantuntemusta, kuin mielentilatutkimukseenkin. Erona on se, että siinä missä mielentilatutkimuksessa huomio suuntautuu menneisiin tapahtumiin, hoitosuunnitelma suuntautuu tulevaisuuteen. Hoitosuunnitelmassa kuvataan potilaan sairastumiselta suojaavia vahvuuksia niissä elämäntilanteissa, joihin hän on matkalla, lisäksi siinä otetaan kantaa oikeuspsykiatriin riskitekijöihin. Onnistumisen edellytys on yhdessä potilaan kanssa tehty työ. (Rautanen ym. 2015, 3396.)

Mielenterveyskuntoutus on lääketieteellistä tai sosiaalista toimintaa, jonka tarkoituksena on yhdessä asiakkaan kanssa vahvistaa hänen psykososiaalista toimintakykyään tai sopeutumista yhteiskuntaan. Maailman terveysjärjestö WHO:n määritelmään pohjautuvassa käypä kuntoutus–hankkeessa toimintakyvyltään heikentyneitä henkilöitä pyritään auttamaan, että he saavuttaisivat ja kykenisivät ylläpitämään mahdollisimman hyvän fyysisen, sensorisen, älyllisen, psyykkisen tai sosiaalisen toimintatason. (Laukkala, Tuisku, Fransman & Vormaa 2015, 1508–1513.)

Oikeuspsykiatrisen kuntoutujan on hyvä harjoitella asioimista avohoidon palveluissa ja asumista sairaalan ulkopuolella, ennen kuin tahdosta riippumaton sairaalahoito päättyy. THL:n suosituksen mukaan harjoittelujaksot olisivat enintään kolmen viikon mittaisia. Harjoittelu tapahtuu yleensä siinä asumispalvelussa, johon valvonta-aikaa suunnitellaan. (Rautanen ym. 2015, 3394–3395.)

Lääkäri voi esittää THL:lle valvonta-ajan aloittamista ennen tahdosta riippumattoman sairaalahoidon päättymistä. Valvonta-ajallakin oikeuspsykiatrisen potilaan hoito on tahdosta riippumatonta ja hoidosta vastaavan sairaalan vastuulla on laatia valvonta-aikaesitys. Potilas voi palata takaisin sairaalaan, mikäli hänen vointinsa huononee avohoidon aikana olennaisesti. Lääkäri laatii kuntoutumisen tukemiseksi hoitosuunnitelman yhdessä potilaan ja hoitohenkilökunnan kanssa. Suunnitel-

man valvomisesta vastaamaan valitaan sopiva avohoidon yksikkö. Käytännössä potilas tapaa avohoidon lääkäriä ja tämä raportoi hoidon etenemisestä vähintään kerran kuukaudessa sairaalalle. (Rautanen ym. 2015, 3394–3395.)

Mielenterveyskuntoutus tarjoaa asiakkaalle keinoja ja välineitä, jotta asiakkaalla olisi riittävän hyvät valmiudet itsenäiseen elämään ja itsemääräämisoikeuteen. Mielenterveyskuntoutuksen pyrkimyksenä on vähentää ja ehkäistä sairaudesta syntyviä haittoja. Sairauden hoidolla puolestaan pyritään oireiden lievittämiseen, sairautta aiheuttavien tekijöiden poistoon tai sairauden kulun pysäyttämiseen. Mielenterveyskuntoutuksella tähdätään muun muassa sairauden aiheuttaman haitan vähentämiseen, työuralle pääsyyn tai siellä jatkamiseen tähtäävään koulutukseen, arkielämän taitoihin, elämänhallintaan ja yhteiskunnassa selviytymiseen. Mielenterveyskuntoutuksen tavoitteet voidaan keskittää toipumisen osa-alueisiin esimerkiksi oireisiin, sosiaaliseen toimintakykyyn ja elämäntapoihin, voimaantumiseen, toivoon ja merkityksen tunteeseen. Keskeisintä toipumiseen kohdistuvassa kuntoutuksessa on voimaantuminen ja psykiatrisen potilaan valinnanvapauden lisääntyminen. Ratkaisevaa toipumisessa on psykiatrisen potilaan sitoutuminen tarkoituksenmukaiseen toimintaan. (Laukkala ym. 2015, 1508–1513.)

Oikeuspsykiatrinen potilas on kuin kuka tahansa kuntoutuja siirtyessään avohoitoon. Hänellä on taustalla vaikea sairaus, jonka hän on käynyt läpi ja on nyt toipumassa takaisin yhteiskuntaan. Hoidon lopettamisesta tehty päätös (M3-kaavake) alistetaan THL:lle, kun edellytykset tahdosta riippumattomalle hoidolle eivät enää täyty. Vahvistettaessa päätös potilas siirtyy hoitosuunnitelman mukaisesti tavanomaisten palvelujen piiriin. Päätöksen jäädessä vahvistamatta potilas määrätään edelleen hoitoon kuntoutumisen ollessa kesken. (Rautanen ym. 2015, 3394–3396.)

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla kuntoutusosastopotilaan kokemuksia osallisuudesta omaan hoitoonsa oikeuspsykiatrisessa sairaalassa.

Tutkimuksen tavoitteena on lisätä hoitajien tietoa kuntoutusosastopotilaiden kokemuksista osallisuudesta omaan hoitoonsa sekä selviytymisen tukemisesta oikeuspsykiatrisessa sairaalassa. Tutkimuksen tavoitteena on myös parantaa psykiatristen potilaiden mahdollisuuksia osallistua omaan hoitoonsa sekä parantaa potilaiden saamaa tukea selviytymiseensä.

Tutkimuskysymyksiä ovat seuraavat:

1. Millaisia kokemuksia oikeuspsykiatrisella potilaalla on itsemääräämisoikeudesta?
2. Millaisia kokemuksia oikeuspsykiatrisella potilaalla on potilaslähtöisyydestä?
3. Millaisia kokemuksia oikeuspsykiatrisella potilaalla on selviytymisen tukemisesta?
4. Millaisia kokemuksia oikeuspsykiatrisella potilaalla on yhteistyösuhteesta hoitajien kanssa?

5 AINEISTON KERUU JA ANALYSOINTI

Luvussa käsitellään tutkimuksen kohderyhmää, sekä tutkimusaineiston keräämistä ja analysointia.

5.1 Kohderyhmä

Tutkimuksen kohderyhmänä olivat kuntoutusosastopotilaat Vanhan Vaasan sairaalassa. Kuntoutusosastoja sairaalassa ovat osastot A1 ja A2. Osastojen osastonhoitajia tai vastuuhoitajia sekä osastojen hoitajia informoitiin tutkimuksen toteutavasta ja tarkoituksesta. Tämän tutkimuksen liitteenä on saatekirje (Liite 1), joka annettiin osastonhoitajille ja jonka he antoivat edelleen potilaille. Osallistujat valikoituivat osallistumishalukkuuden mukaan ja kaikilla osastojen potilailla oli samanlainen mahdollisuus osallistua tutkimukseen. Kuntoutusosastopotilaista tavoiteltiin mahdollisimman laajaa otantaa katsomatta osastolla oloaikaan tai muihin keskinäisiin erottaviin tekijöihin potilaiden välillä. Kohderyhmän koko oli 10 potilasta tai kunnes aineisto olisi saturoitunut.

5.2 Aineistonkeruu

Aineiston keräämiseksi tutkimukseen osallistuvia potilaita haastateltiin yksilöhaastattelun muodossa, jolloin potilaat olivat vapaampia kertomaan kokemuksistaan liittyen hoitoon osallistumiseensa, eivätkä muiden mielipiteet tai asenteet päässeet vaikuttamaan haastateltavien vastauksiin (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 123).

Haastattelu toteutettiin teemahaastatteluna, jossa potilaan haastattelu oli jaettu ennalta tutkimuksen tarkoitusta tukeviin aihepiireihin. Näin potilaat pääsivät vastaamaan tutkimusaiheen sallimissa rajoissa mahdollisimman vapaasti kysymyksiin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 125.) Tässä tutkimuksessa teemat olivat potilaslähtöisyys, itsemääräämisoikeus, selviytymisen tukeminen ja yhteistyösuhde hoitajien kanssa (Liite 2).

Haastattelu toteutettiin kuntoutusosastolla erillisessä tilassa, jossa ei ollut haastattelun ulkopuolisia henkilöitä. Haastattelun kesto oli 10-30 minuuttia henkilöä koh-

ti, niin kauan kuin potilaalla riitti halua ja asiaa vastata kysymyksiin. Haastattelut nauhoitettiin.

5.3 Aineiston analysointi

Tutkimusaineiston analysoinnissa käytettiin deduktiivista sisällönanalyysiä, sillä käytössä olevat teemat perustuivat aikaisempaan tutkimustietoon. Kerätty haastatteluaineisto kirjoitettiin nauhoituksien pohjalta auki tekstiksi, eli litteroitiin, mikä helpotti kerätyn materiaalin tulkintaa. Litteroitua tekstiä tuli yhteensä 23 sivua. Fontti oli Times New Roman, fontin koko oli 12 ja riviväli oli 1,5. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 163–167.)

Kerätystä materiaalista muodostettiin kategorioita siten, että ensimmäiseksi aineistoa pelkistettiin ja pelkistetyt ilmaisut kerättiin listoiksi. Seuraavaksi ilmaisut ryhmiteltiin siten, että niistä etsittiin eroavaisuuksia ja yhtäläisyyksiä, joiden perusteella ilmaisut yhdistettiin samaan kategoriaan ja tälle annettiin sisältöä kuvaava nimi. Lopuksi kategorioista muodostettiin yläkategorioita ja kategoriointia jatkettiin niin kauan kuin se oli mielekästä ja mahdollista. Pelkistettyjä ilmaisuja muodostui yhteensä 354 kappaletta ja niistä yhdistettiin yhteensä 152 ala-, 37 ylä- ja 4 yhdistävät kategorioita. (Kygäs & Vanhanen 1998, 5–7.)

Teoriapohjaiset teemat, joita tutkimuksen valmistelussa nousi esille, olivat väljiä. Tämän vuoksi tutkimuksen analysoinnissa käytettiin strukturoimatonta analyysirunkoa, eli käsitekarttaa. (Kygäs & Vanhanen 1998, 7.)

6 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Tässä luvussa esitellään opinnäytetyön tulokset potilaiden kokemuksista osallisuudesta omaan hoitoonsa oikeuspsykiatrisessa sairaalassa. Yhdistäviksi kategorioiksi muodostuivat teorialähtöisesti oikeuspsykiatrisen kuntoutusosastopotilaan kokemukset itsemääräämisoikeudesta, potilaslähtöisyydestä, selviytymisen tukemisesta ja yhteistyösuhteesta hoitajien kanssa. Tuloksien elävöittämiseksi käytetään haastateltujen alkuperäisilmauksia.

6.1 Oikeuspsykiatrisen potilaan kokemukset itsemääräämisoikeudesta

Itsemääräämisoikeuteen vaikuttavia tekijöitä olivat vaikuttaminen omaan hoitoon, tiedon saaminen omasta hoidosta ja tiedon saaminen oikeuksista sekä muut asiat (Kuvio 1).

Haastateltavat kokivat, että suurimman osan kohdalla itsemääräämisoikeus toteutuu hyvin. He kokivat vaikuttamismahdollisuudet hoitoon hyvinä, saivat pääsääntöisesti riittävästi tietoa omasta hoidosta sekä lääkäriltä, että hoitohenkilökunnalta ja useimmat olivat tietoisia omista oikeuksistaan. Potilaat kokivat olevansa tietoisia omista oikeuksistaan vaikka eivät olisikaan kokeneet niiden täysin toteutuvan.

"No ottamalla esiin asioita yhteisökokouksessa, missä käsitellään potilaitten asioita, tai hoitosuunnitelmassa missä käsitellään potilaiden yksittäisiä asioita"

"..heti alusta oon saanut olla osallisena omaan hoitoon, niin lääkehoitoon ja kaikkeen muuhunki hoitoon osallisena, että on kysytty mielipidettä... ..Oon saanut vaikuttaa ite lääkityksiin sun muuhun heti alusta alkaen... ..tällä on ollu hyvä hoitotiimi..."

"..kyllä täällä hyvin saa tietoa omasta hoidosta että mistä mennä ja sitten jos oikein huonosti menee nii kyllähän hoitohenkilökunta sitten tarttuu niihin ongelmiin että saadaan se käyrä käännettyä että siitä ei mennä sitte kun ylöspäin jos on psyykkisesti voi huonosti tai muuta vastaavaa..."

"..kun olen ollut täällä sairaalassa hoidossa, niin meillä on säännöllisesti omahoitajakeskustelut missä voi kysyä ja missä mennä hoidon, missä

"mennään tällä hetkellä hoidossa ja sitten sitten voi kysyä lääkäriltä, varata ajan..."

"Meillä on ainaki tuolla niinku ilmotustaululla esimerkiks potilasasiamiehen numero, jotta voi häneen ottaa yhteyttä ja sit on tietysti näissä yhteisökokouksissakin sitten puhutaan joskus, että tosiaan mitä oikeuksia meillä on"

"Erittäin hyvin, erittäin paljon.. Ottamalla siitä selvää esimerkiks puhumalla omahoitajan tai lääkärin kanssa tai henkilökunnan kans ketä nyt on..."

"...aika vapaa, vapaamielinen tää potilaiden ja lääkärin välinen ja tää potilaan ja hoitajien välinen suhde että et tuota tietoa kyllä saa tosi hyvin."

"..6 kk välein sulle sanotaa, että sä voit valittaa, että sulla on oikeus, että sun kannattaa valittaa ja sit jos sä valitat... niin sä et oo yhteistyökykyinen, sä oot sairaudentunnoton, ei sun kans voi tehdä yhteistyötä. Silti sitä tuputetaa sitä valitusoikeutta joka asiassa, et sä voit valittaa että sulla on oikeus, että se kuuluu sun oikeuksiin..."

Vaikuttaminen omaan hoitoon. Osa haastateltavista koki vaikuttamismahdollisuudet omaan hoitoonsa vaihtelevina. Yksi haastateltavista koki vaikuttamismahdollisuudet haasteellisina, koska hänen mielestään oli huono mahdollisuus vaikuttaa ja hän piti ainoana vaikuttamismahdollisuutena näytön antamista;

"En oikeestaan mitenkää muuten, kun et on annettava jonkin näkönen näyttö jostain, että sä pystyt jonkun homman hoitamaan, et siihen ei oo niinku muuta mahdollisuutta."

"Viime kädessä ne aika paljon muut päättää mutta niin, kyllä ihan niinku tuomalla asiat esille, toiveet ja tämmöset... niin ku tehdään nuo hoitoonmääräämispäätökset, niin siinä kysytään mielipiteet aina, että mitä mieltä on siitä että hoito jatkuu... emmä tiedä miten paljon se oman mielipiteen pitäis siihen vaikuttaa mutta niin, mutta mielipiteitä kysytään kylä... loppujen lopuksi saa aika vähän itte päättää"

Haastateltavista osa koki myös henkilökunnalla olevan päätösvalan, eli tällöin henkilökunta tekee päätökset ja kontrolloi kotiutumista ja lääkäri tekee lopulliset päätökset.

"Sitoudut avohoitoon että kerran kuukaudessa on psykiatrin tapaamiset, sit palautetaan tänne joka käynnin jälkeen, ja sitten on tuota kriminaalipotilaan koeajas on sitten se vielä... vaikka mä oonki kotona puoli vuotta täällä puoli vuotta, mä oon kumminki teknisesti pakkohoidossa tänne Vanhan Vaasan sairaalaan ...elikkä se tarkoittaa sitä, että mun kohdalla kun

mä oon kriminaalipotilas, jos mun psyykinen vointi heittelee merkittävästi kun mä oon kotona, niin mut voidaan ottaa takasin tänne loppukoeajan hoitoon."

"..lääkäri joutuu katsomaan, että mikä on niinku tällä hetkellä hyvästi tai voidaan palata asiaan myöhemmin, tai siirtää sitä asian käsittelyä vähän parempaan ajankohtaan että hyvin päänsääntöisesti oon saanu vaikuttaa koko ajan omaan hoitoon, et mua kuunnellaan."

Tiedon saaminen omasta hoidosta. Osa haastateltavista koki saavansa tietoa rajoitetusti;

"..mä en saa mitää tietoa oikeastaa mistää ellen mä sitä itte välttämättä rupea hakemaan ja tivaamaan lääkäriltä että... ainoo paikka on sit et lähettää lääkäriltä tivaamaan sitä asiaa ja silloin kyllä niitä halutaan viimeeseen asti peittää..."

"..aika hyvin vähä, se vähä riippuu aina niinku omahoitajista tai siis kyl-lähän sitä tällä hetkellä saa kun sitä on itte ettiny, niin löytää sitä tietoa..."

"..hoitosuunnitelmien ja tämmösten palaverien yhteydessä, et ne on toki saatavissa luettavaks tuolta kaikki raportit... mut niitäkää ei mielellää anneta, koska se voi vaikuttaa hoitoon niinku kielteisellä tavalla potilaan suunnalta."

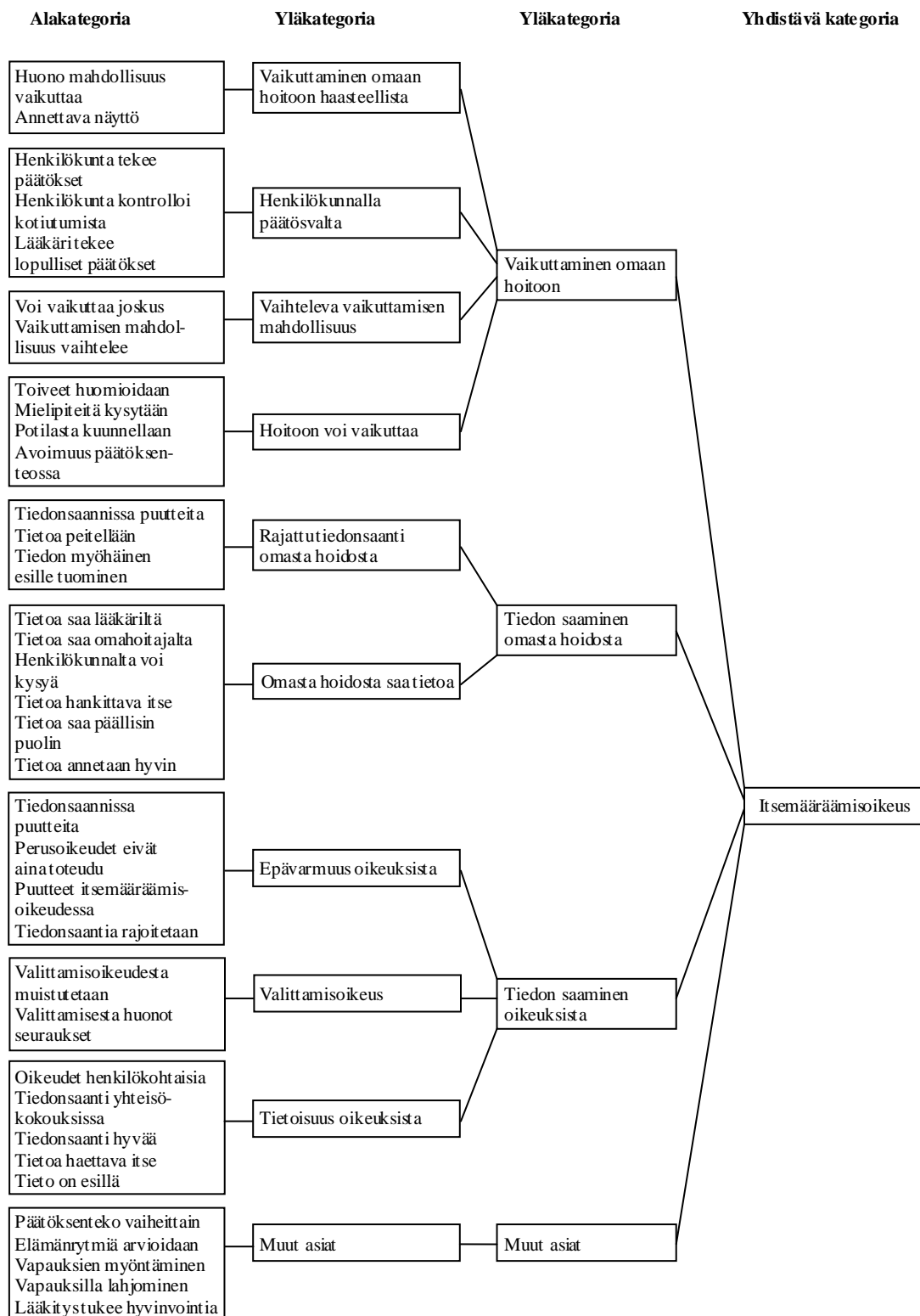
Tiedon saaminen oikeuksista. Osa haastateltavista oli epävarmoja oikeuksistaan. Yksi haastateltavista totesi, että tietoa saa

"Aika epäoikeudenmukasesti et en koe saavani tietoa kyllä..."

Muut asiat. Muita itsemääräämisoikeuteen vaikuttavia tekijöitä haastateltavat kuvailivat olevan elämänrytmin arviointi, lääkityksen tukeva vaikutus hyvinvointiin, vapauksien myöntäminen ja vapauksilla lahjominen ja päätöksenteon vaihteellisuus. Haastateltavien mukaan päätöksissä edetään ensin omahoitajakeskusteluiden kautta ja sitten käydään asiat läpi lääkärin kanssa. Kun osastonlääkäri on päättänyt asiasta, sitten täytyy keskustella asioista johtavan ylilääkärin kanssa.

"..no se on kumminki, lääkitys tukee sitä hyvinvointia että niin on säännöllinen elämänrytmiki että, syödään hyvin ja neljä kertaa päivässä syödään tai kolme kertaa vähintään ja, ja otetaan mukaan se lepo että jaksaa ja kaikki tälläiset asiat arvioidaan koko ajan että..."

"Niin no, kai täällä mennää sillai niinku kellon mukaan, että aika kuluu niin menetetyt vapaudet annetaan takas vähin erin, niillä sitten lahjotaa, emmä oikein tiedä mitä muuta mä vastaisin..."



Kuvio 1. Itsemääräämisoikeus

6.2 Oikeuspsykiatrisen potilaan kokemukset potilaslähtöisyydestä

Potilaslähtöisyyteen vaikuttavia tekijöitä olivat yksilöllinen hoito, kuulluksi ja ymmärretyksi tuleminen sekä muut asiat (Kuvio 2).

Yksilöllinen hoito. Haastateltavat kokivat, että heidän saamansa hoito on suurimmaksi osaksi potilaslähtöistä, sillä mm. yksilöllinen hoito on parantunut aikaisempiin osastoihin nähden ja siihen paneudutaan. Potilaat myös kohdataan yksilöinä ja heidän saamansa yksilöllinen hoito on monipuolista.

”..Kyllä koen aika vahvasti tän että, et mä oon saanu sitä yksilöllistä hoitoa mitä mä tarten, pääsen vaikuttamaan...”

”Tääl on lääkäril ollu hyvin aikaa ja hoitajilla kyl niiku paneutuu niiku potilaan yksilölliseen hoidon tarpeeseen”

”..tällä osastolla saa paremmin ku aikaisemmill, suljetummilla osastoilla...”

Eräs haastateltu koki yksilöllisen hoidon puuttuvan sairaalasta täysin. Toisen mukaan yksilöllistä hoitoa saa ainoastaan omahoitajilta.

“No kyllä sitä nyt jollaki lailla saa kun on nuo omahoitajat, mikä on niiku pakollinen että on kaks omahoitajaa, niin sillonhan niiden kautta saa yksilöllistä hoitoa, että muuten mennää aika lailla massan mukana sitte.”

Kuulluksi ja ymmärretyksi tuleminen. Haastateltavien kokemukset kuulluksi ja ymmärretyksi tulemisesta olivat myös enimmäkseen positiivisia henkilökuntaa koskien. Lisäksi he kokivat hoitajilla olevan vastuun ymmärtää potilasta.

“No yleensä sitä ainaki jos on sellasta yhteistä asiaa nii on nuo yhteisökokoukset että kyllä aina jos tulee jotain kysyttävää tai semmosta niin pystyy kysyä hoitajilta ihan millon vaan että niin, jos joku kysymys askarruttaa niin voi kysyä ihan niin, kyllä sä vastaukset saat siihen asiaan”

”..Kun ihmisiä on erilaisia niin, on tota erilaisia vastauksia... Vastuu jää vähä niiku kuulijalle tai hoitajalle, että kuinka se ymmärtää sen asian. Mutta nyt on tällä hetkellä ihan hyvin...”

Toisaalta haastatteluissa mainittiin myös sanojen ja tiedon vääristely.

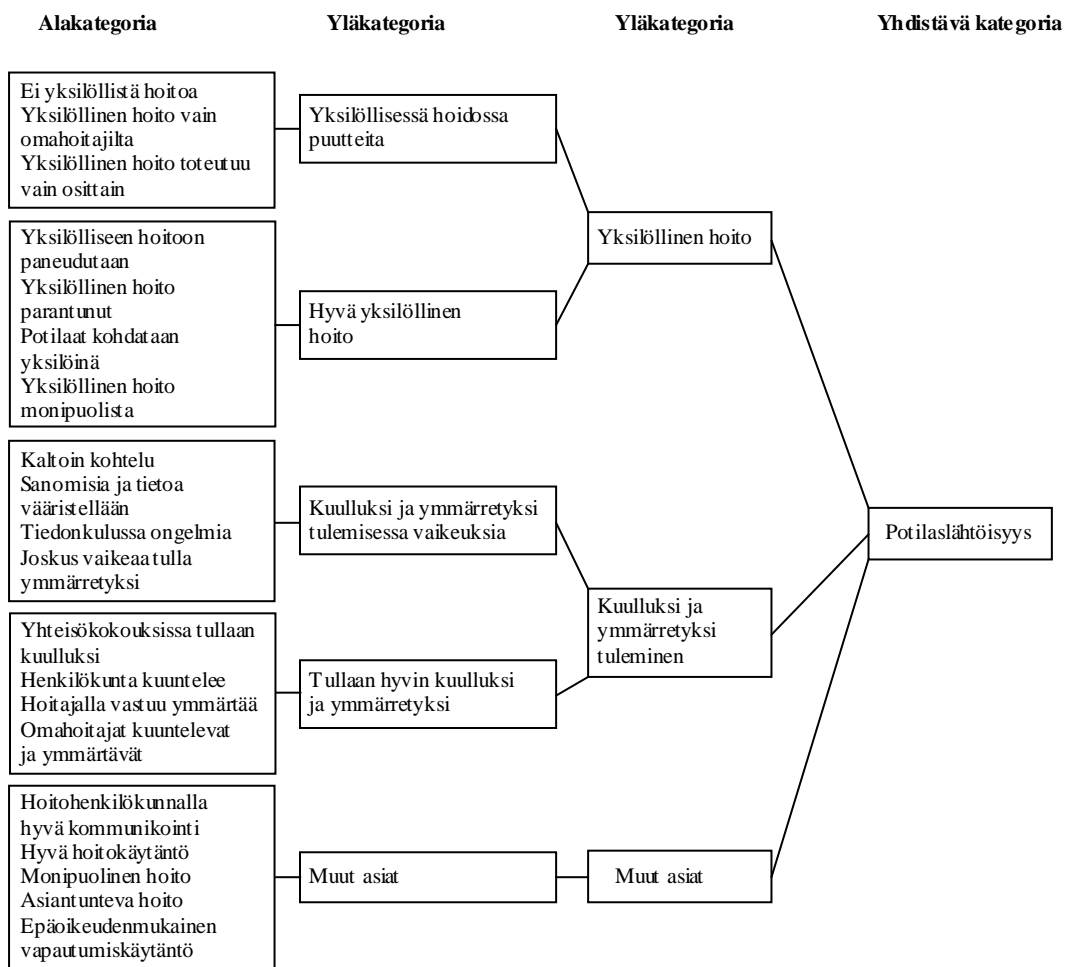
“Semmosta ei tässä laitoksessa tunneta et ei tulla kuulluks eikä ymmärretyks, kaikki sanat mitä sä sanot niin niitä vääristellää...”

“..siinä toimitaa väärin mun mielestä et tuolla noin kirjoitetaa eri mitä annetaan ymmärtää keskustelun perusteella ja se kirjataan sinne just pahimmalla mahdollisella tavalla, että todella, todella niinku epäammattimaista ja epäoikeudenmukaista potilasta kohtaan.”

Muut asiat. Muita asioita, joita haastateltavat mainitsivat potilaslähtöisyyteen liittyvien kysymyksien yhteydessä, olivat hoitohenkilökunnan hyvä kommunikointi, hyvä hoitokäytäntö, monipuolinen ja asiantunteva hoito, sekä epäoikeudenmukainen vapautumiskäytäntö.

”..Kannattaa ottaa kaikki ilo irti tästä paikasta ja hyöty siihen hoitoon, mitä täällä tarjotaan et se on tosi monipuolista ja sen puoleen asiantuntevaa”

“..mut henkirikoksen tehneet on päässy paljon aikasemmin ulos täältä kuin minä... jopa vuosia aikasemmin ulos ja mun teot on todella pieniä verrattuna henkirikokseen että tuota... tää on aika epäoikeudenmukainen käytäntö.”



Kuvio 2. Potilaslähtöisyys

6.3 Oikeuspsykiatrisen potilaan kokemukset selviytymisen tukemisesta

Selviytymisen tukemiseen vaikuttavia tekijöitä olivat perheen ja läheisten antama tuki, voimavarat, terapioiden hyödyntäminen, hyväksytyksi tuleminen, tuen tarve ja muut asiat (Kuvio 3).

Perheen ja läheisten antama tuki. Haastateltavat kokivat, että heidän perheeltään ja läheisiltään saamansa tuki on ollut lähes poikkeuksetta sekä tärkeää, että monipuolista. Tuki on keskustelun ja kannustamisen lisäksi myös rahallista tukea, sekä fyysistä läsnäoloa kotona asumisen opettelussa.

“Perheeltähä on tullu tukea alusta asti ja he on tukenu mua rahallisesti ja.. kaikilla muillaki tavoilla... nii on käyny tääl silloin ku olin itse suljetulla osastolla...”

“No mä oon siinä mielessä onnellisessa asemassa et mulla on niiku perheen kans ja sisarusten ja veljen ja äitin ja isän kans tosi hyvät välit ja ne on kyllä auttanu tässä niiku... mä oon kulkenu kuntoutuskodissa ny maaliskuusta asti harjoittelujaksoilla ja muuten ollu sit lomat vanhempien luona ja ne on kyllä hyvin jaksanu auttaa ja kannustaa...”

Oli myös haastateltava, jolla ei ollut perheen tukea. Lisäksi eräs haastateltava mainitsi suljetulla osastolla tapaamisten olleen rajoitettuja. Hän kertoi myös, että kuntoutusosastolta hän ei ole voinut tapaamisten aikana lähteä perheenjäsenen kanssa pois;

“..että jos sä haluat jonku tänne tapaamaan sua perheestä ja täältä sä et pääse mihinkää, että jos on esimerkiks niinku mun kohdalla on leimattu vaaralliseksi nii silloin ei niinku liikuta yhtään mihinkää...”

“..No sehän on ollu suuri apu, ainut enää mitä on yhteyttä pitäny niinku... mulla niinku, perhe ja lähisukulaiset, niiltä on saanu tukea, mutta kyllä tää on rajoittanut perhesuhteita hyvin paljon, tää hoito...”

“No, ei mulla oikeesti oo kauheesti perhettä, et vanhemmat on kuollu ja tota siskojen kans me ollaa vähemmän tekemisissä...”

Voimavarat. Haastateltavien kokemukset voimavaroista olivat suurimmaksi osaksi hyvät ja voimavaroikseen he kuvasivat mm. positiivisen asenteen, eräänlaisen positiivisen suuttumisen ja vahvaluontoisuuden. Muutamalla haastateltavalla

oli kokemuksia voimavarojen valjastamisen opettelusta ja hoitajien tuesta, sekä voimavaroja tukevasta kurssista.

”...voimavarat on pakko tulla itsestä ja ehkä jostain positiivisesta suuttumisestakin, että jaksetaan mennä eteenpäin..”

”No ehkä omalla kohdalla semmonen positiivinen asenne”

”Täällä sitä katotaan et pystytäänkö valjastamaan ja testataan rajoja. Tää on vaa harjotusta, kohta päästää kokonaan poisikin. Koen että on niinku hyvät voimavarat...”

”Tällä hetkellä voimavarat on aika vahvat. Ja sit jos on enempi ongelmaa sen suhteen, niin sitten voi ottaa hoitajaa hihasta kiinni, että mitäs nyt voidaan tehdä ja muuttaa.”

Moni haastateltava mainitsi myös voimavarojen rajallisuuden joko voimavarojen rajojen tiedostamisena tai voimavarojen rajoittamisena esimerkiksi lääkkeisiin liittyen.

“..ensimmäiseksi kun sä tuut tämmöseen paikkaan, sut hajotetaan ja sitte kokeillaa että saadaanko sut korjattua ja siihen käytetään jotain vahvoja psyykelääkkeitä mikkä saa... mullakaa henkilökohtaisesti ei ole mitään kokemusta mistää psyykelääkkeistä ennen tätä paikkaa ja mulle lyödää hirveet myrkyt, mitkä ajaa mut ihan alas ja sitten mulle sanotaa, mä oon mielisairas koska mä voin huonosti..”

“Ei tartte olla jokaisen kanssa niiku olis siviilielämäs tekemisissä ja ei joudu pakosta olee kaikkien kanssa tekemisissä nii se voi olla ajoittain raskasta ja kaipaa sitä omaa rauhaa nii kyllä se vähän voimavaroja kysyy..”

“Ne on realistisoitunu ny tässä hoidon aikana että ne todelliset voimavarat ettei oo mikää supermies kumminkaa... ne on sille, kun hoito on jatkuu niin ne on tavallaa realistisoitunu vai miten se sanotaa, että pitää muistaa että on sairaus, ettei välttämättä tommoset normaalit asiat, että niitätenki eteen joutuu ponnisteleen enemmän ku terveet, että siinä pitää arvioida et miten paljon jaksaa...”

Terapioiden hyödyntäminen. Haastateltavat kokivat muutamaa poikkeusta lukuun ottamatta sairaalan tarjoamat terapiamahdollisuudet hyvinä ja monipuolisina. Noin puolet haastateltavista hyödynsi tai oli hyödyntänyt ainakin yhtä terapiamuotoa itse. Eräs haastateltavista totesi koulun vievän aikaa niin, ettei hän ehdi terapiamahdollisuuksia hyödyntää.

“No aika hyvin.. on niiku mieleinen työterapiahomma siellä askartelussa.. se on hyvä, hyvä juttu olemassa ja sit on se taideterapia mitä käytän niikö tosi paljon.. maalaan tauluja aika paljon, sitte musiikkia pääsee soittamaan millon haluaa.. kaikin puolin hyvät tämmöset niikö mahdollisuudet täällä...”

“..kaikki nää kurssit ja keskusteluterapiat ja kaikki tällaset on tosi hyödyllisiä ja mä kyllä hyödynnän niitä...”

Muutama haastateltava totesi jättäneensä terapiamuodot käyttämättä, yhden mielestä terapiaa ei järjestetä. Haastatteluissa nousi myös esille ajatus siitä, että terapiamuodot ovat hyödyllisempiä suljetulla- kuin kuntoutusosastolla.

“Monille se on kyllä ihan hyvä, että tuolla suljetulla osastolla on hyvin paljon mikkä joutuu olemaan, ihmiset käytävillä 8 tuntia niin, se on aika kuluttavaa vuodesta toiseen istua käytävällä, et se on sitte vähä niiku niille enemmän sellanen henkireikä et pääsee tekemään, askartelemaan tai värkkäilemään omia juttuja tonne työterapiaoihin...”

Hyväksytyksi tuleminen. Haastateltavat kokivat, että tulevat sekä hoitajien että muiden potilaiden kanssa toimeen ja hyväksytyksi. Tästä poikkeuksena eräs haastateltava kertoi hoitajien hyväksyntään liittyvän kriteerejä ja että potilaiden ystävyyssuhteita pidetään epäilyttävinä. Toinen kertoi saaneensa kavereita, joiden kanssa on pitänyt myöhemminkin yhteyttä.

“Täällä? Hyvin, ei oo kenenkään kans koskaan ollu mitää ongelmia, kaikkien kanssa tulee hyvin toimeen koko talossa... aattelee täällä on monta sataa potilasta, nii silti ei kenenkää kans koskaa oo ollu mitää vaikeuksia... hyvin tulee.”

“..täällä ei muuten tuu hyväksytyksi, että ne potilaat jotka tekee hommansa mukisematta ja jolla ei oo omia mielipiteitä tai omaa tahtoa istuu tuolla kämpässä ilman televisiota aamusta iltaan, niin ne pääsee pois...”

“..jos sä rupeat ystävyyssuhteita täällä luomaan, niin mun henkilökohtaisesta kokemuksesta on se, että jos on neljän-viiden kaverin porukka, niin sitä ruvettaa seuraamaa, tökkimää, ottamaa virtsa- ja puhallusnäytteitä huomattavasti enemmän ku muilta, että se menee vaa semmoseks se toiminta...”

“Mä oon tullu aika hyvin toimeen kaikkien potilaiden ja hoitajien kanssa täällä, et nii ei oo oikeestaan riitaa tullu mistään asioista... emmä tiedä ei mulla ainakaa oo ollu mitää ongelmia täällä, paljon oon saanu kavereita täältä, joitten kanssa on vieläki yhteyksissä vaikka on päässyt pois jo, hyvin koen tulleeni hyväksytyksi.”

“..tällä hetkellä täällä oon tullut hyväksytyksi niin hoitajien puolelta kuin kanssaihmosten puolelta, jotka täällä potilaana on. ...Tietenkin vähän pientä sanaharkkaa voi silloin tällöin tulla mutta siitäkin pystytään sitten keskusteleen ettei jää kellekään paha mieli että...”

Tuen tarve. Haastateltavat kokivat tarvitsevansa monipuolisesti tukea, sekä sairaalassa että kotona. Esiin tuotuja tuen tarpeita olivat mm. hoitoon liittyvät asiat, itsenäistyminen, harrastaminen ja erilaiset aiheet, joista saatava keskustella. Tukea annettiin haastateltavien mukaan hyvin, joissain asioissa liikaakin.

“No ehkä kun täältä nyt selviytyy pois niin tuota tuota... Pitäts varmaan, luulisin että ois varmaan niinku kämppä ensimmäisenä ja vakituinen tulo ja ehkä joku hyvä, joku terapiapaikka...”

“No mä en sillai jokapäiväisestä elämästä selviytymiseen tarvi tukee... enkä mihinkää tommosii paperiasioihin, enkä mihinkää juokseviin asioihin... lääkitys tietenkä et se hoidetaa ja sit justiin niiku kannustamaan sillä lailla elikkä tekemään, harrastamaan ja lähtemään tekemään asioita...”

“Psykiatrasta apua, että voin jutella lääkärin tai psykiatrin kanssa tai hoitajan kanssa tai kun mulla on tää hoito tässä loppumetreillä, niin ottasin semmosta, saisin semmosen psykiatrin jonka kanssa voisin puhua, niiku vaihtaa kuulumisia ja tämmösii...”

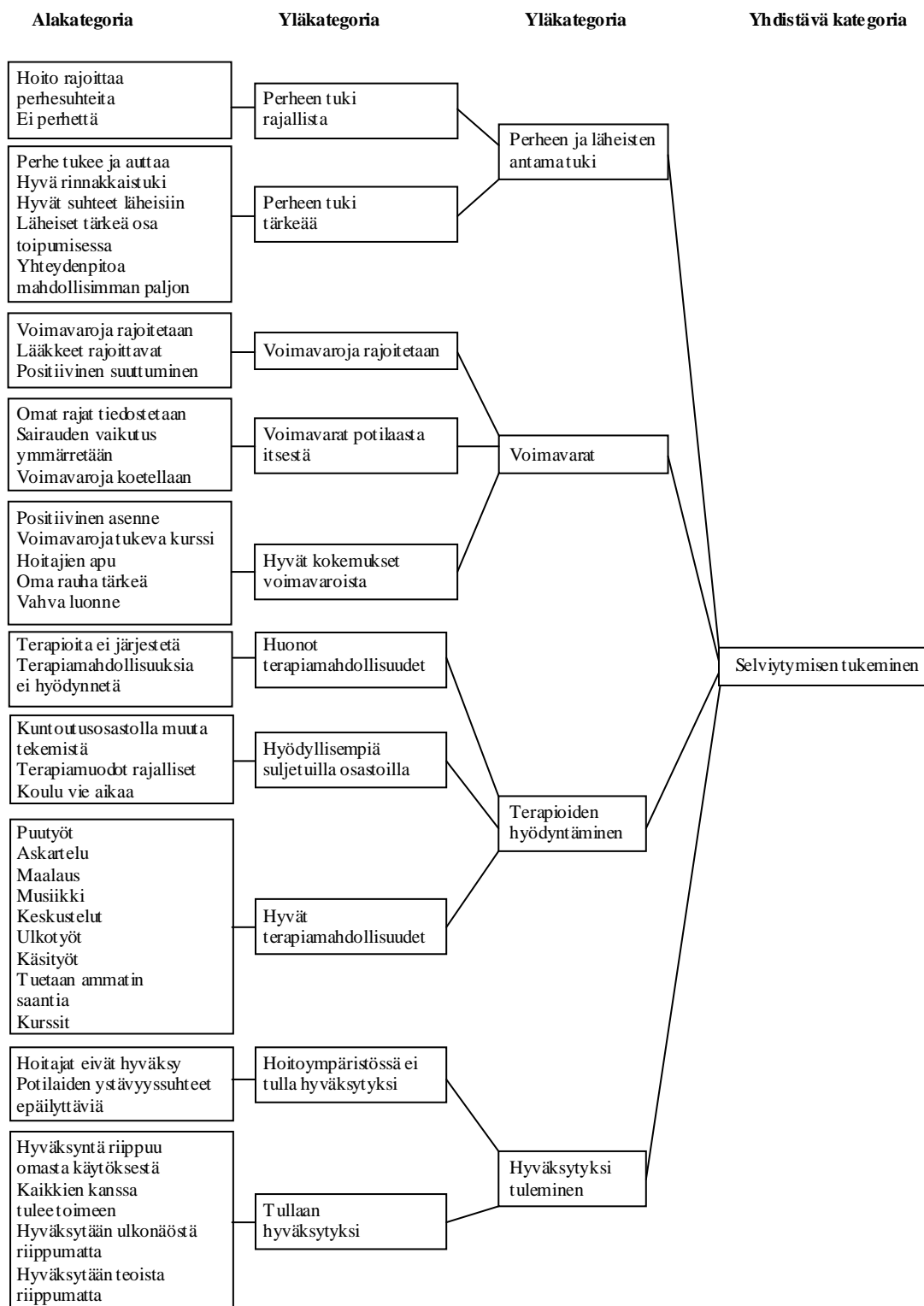
Eräs haastateltava koki, ettei tukea haluaisi sairaalasta ollenkaan. Kokemukseen liittyi uskon menettäminen sorsimisen seurauksena.

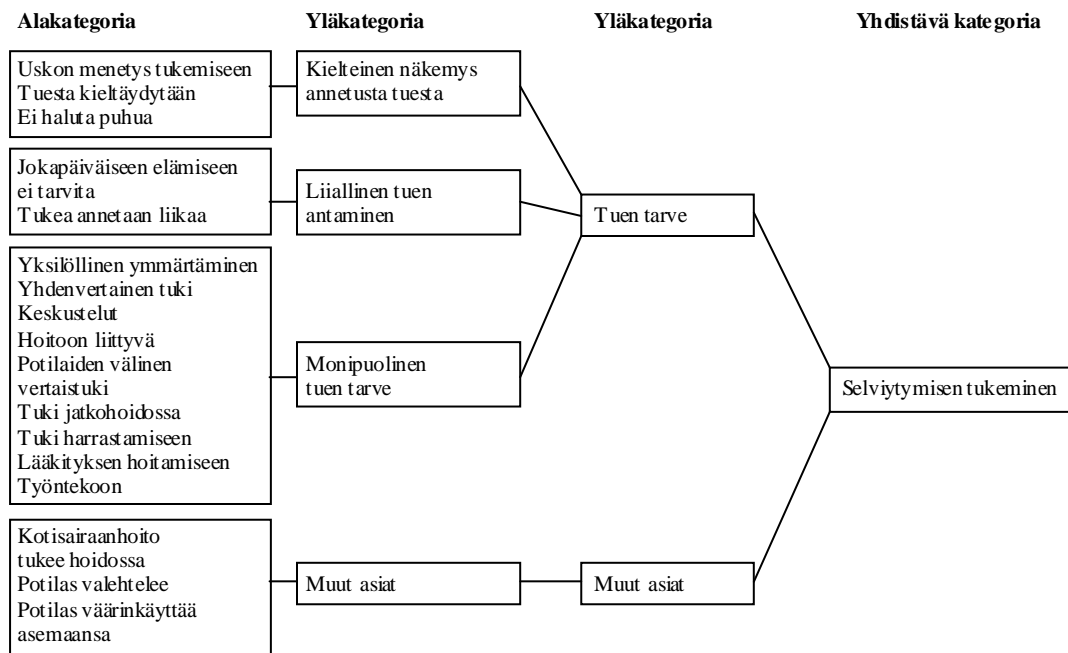
“..että kun täältä joskus kirjutetaan ulos, niin mä en mitään tukea mä en halua kuullakaan koko ihmisistä ja ylipäätään mulla on usko mennyt lääkäreihin, poliisiin, kaikkiin siis niinku täällä olon aikana... niin paljo sorsitaan...”

Muut asiat. Kysymyksissä selviytymisen tukemiseen liittyen haastateltavat nostivat esille kotisairaanhoidon tuen hoidossa, potilaan valehtelun ja hänen oman asemansa väärinkäytön.

“...Sit mulla on sairaanhoitajan kanssa tapaamiset kotona kerran kolmessa viikossa ja sitten otetaan mun kansioon keskustelu kotisairaalan psykiatrin kanssa.”

“...kaikki asetetaan samalle linjalle avo-osaston ja suljetun osaston potilaat, ne on kaikki samoilla linjoilla, se on aina että potilas, potilas on aina se kuka valehtelee tai huijaa tai yrittää käyttää jotain asemaansa väärin tai jotain muuta vastaavaa..”





Kuvio 3. Selviytymisen tukeminen

6.4 Oikeuspsykiatrisen potilaan kokemukset yhteistyösuhteesta hoitajien kanssa

Haastateltavien yhteistyösuhteeseen hoitajien kanssa vaikuttavia tekijöitä olivat hoitajilta saatu tuki, luottamus osaston hoitajiin, omahoitajasuhde, arvostus ja yksilöllinen kohtelu hoitajilta sekä muut asiat (Kuvio 4).

Haastateltavat kokivat, että yhteistyösuhde hoitajien kanssa sujuu useimpien potilaiden kohdalla hyvin, sillä hoitajilta saa tukea voinnin ja tarpeen mukaan, he ovat luotettavia ja arvostavat potilaita. Omahoitajasuhde oli jokaisen haastateltavan kohdalla positiivinen.

Hoitajilta saatu tuki. Hoitajat olivat haastateltavien mielestä paitsi antamassa tukea potilaan voinnin ja oma-aloitteisen tuen hakemisen mukaan, myös potilaille tuttuja ja tarttuivat asioihin erään haastateltavan sanojen mukaan heti.

"Kyllähän ne aina auttamassa on, vähän enemmänkin ku tarttis... toisaalta ehkä täällä sit jotkut tarvii enemmänki apuu, että emmä tiedä."

“Kyllä ku täällä on pitkään ollu, täällä saman katon alla, täällä sairaalassa niin kyllä sitä kiintyy niihin ihmisiin, ja aina jos jotain kysyttävää on niin voi kysyä ja se on kumminki aika pitkä aika elämästä se 9 vuotta, niin kyllä siinä sit tulee tutuiks kyllä... niin potilaiden ku hoitajien kanssa...”

“No, kyllähän se on viimeset 8 vuotta ollu, että joka tilanteessa on sitten ollut positiivista tai negatiivista niin aina hoitaja tarttunu niihin ongelma-kohtiin saman tien että... Että yhteistyöllä sitä ollaan pelattu. Hoitohenkilökunta on kyllä ollu siinä mielessä ihan hyvä, että tartutaan heti asioihin ennen kuin ne pahenee... Hoidetaan kyllä kaikki asiat täällä.”

Eräs haastateltava koki saavansa tuen hoitohenkilökunnan osalta ainoastaan omahoitajaltaan, minkä lisäksi hän koki lääkityksellä olevan liian iso osa potilaiden hoitamisessa.

“..lähinnä sitä et ne juo kahvii tuolla taukahuoneessa että, jos jotain asiaa on niin yleensä se on pahaa, ja mä en oikeestaa hoitohenkilökunnalta oo saanut tukea muutaku omahoitajalta...”

“...täällä yritetään lääkkeillä vaa hoitaa kaikki et mitä enemmän lääkkeitä, niin sitä paremmin potilaat voi, ja mun mielestä se on väärin.”

Luottamus osaston hoitajiin. Haastateltavat kokivat hoitohenkilökunnan enimmäkseen luotettavaksi, joskin muutaman haastateltavan kohdalla nousi esille luottamuspulaa ja oletettiin hoitajien juoruavan. Lisäksi eräs haastateltava mainitsi tiedon liikkuvan huonosti hoidon edetessä kertoessaan luottamussuhteestaan omahoitajaansa.

“Kyllä se on täys luotto, että ammattilaisia.”

“Ihan täysin luotan kyllä että ei ole luottamuspulaa.. ei oo ainakaa tähän mennessä vielä tullu semmosta tilannetta ettei olisi voinu luottaa.”

“Henkilökohtasesti en luota ollenkaa, en luota, otan kaikki varauksella mitä tulee, ja mä oon vuosien mittaan oppinut sen et kyllä kannattaa olla aika diplomaattinen näis vastauksissaan näihin kysymyksiin...”

“Kyllä kai ne on luotettavia, mutta juoruavat varmaan siinä ku muutkin.”

“..kyllä meillä on ihan luottamuksellinen suhde ollu aina että... Että mun omahoitaja nyt on toista kertaa mun omahoitajana, niin ei tarte kaikkea alottaa aina niin alusta... ..kun sä meet ne kaikki osastot kerralla lävitte, niin sillon sä joudut aina alottaan alusta, periaatteessa, että sä joudut sen oman stoorin kertoon niin monta kertaa joka osastolla...”

Omahoitajasuhde. Haastateltavien kokemukset suhteesta omahoitajaansa olivat yksinomaan positiivisia. Omahoitajien mukana hoidon jatkuvuus on turvattu, yhteistyötä omahoitajan kanssa on paljon ja omahoitaja on läheinen sekä luotettava.

“Omahoitajaan? Ei parempaa hoitajaa voi enää ollakkaa...”

“Erittäin hyvin, että vaihdetaan kuulumisia ja suunnitellaan asioita yhdessä ja esimerkiksi kävelyreissuja tehdään yhdessä ja vaihdetaan siinä kuulumisia...”

“No, onhan meillä ollut omat ongelmat aikaisemmin, mutta nyt on taas mennyt hyvin. Kyllä mulla niinku omahoitajaankin 100% luottamus...”

Arvostus ja yksilöllinen kohtelu hoitajilta. Potilaiden kokemukset hoitajien antamasta arvostuksesta ja yksilöllisestä kohtelusta jakaantuivat melko tasaisesti siten, että osan mielestä arvostusta saa sen mukaan miten sitä itse antaa tai potilas saa arvostusta, mutta jää silti potilaan rooliin. Jotkut haastateltavat kokivat kysymyksen vaikeasti ymmärrettäväksi ja osa taas koki saavansa hoitajilta arvostusta. Ainoastaan yksi haastateltava mainitsi yksilöllisen kohtelun vastauksessaan; *“...sellanen et yksilöllisesti, että no ne on sanoja jotka on johonkin paperiin pistetty, mutta se käytännössä ei todellakaa mee nii.”*

“..puolittain, sillai että niinku aikaisemmin sanoin niin sitä on tavallaa hyvää... suhteessa siis joka tapauksessa on niinku potilaana potilaan roolissa ja sillon se ei niinku oo ihan täysin terveellä pohjalla se suhde...”

“Than suhteellisen hyvin, ei oo semmonen niinku tavallaa arvostettu, eikä oo niinku menettänyt arvostusta... se on vähä huono selittää, mä en osaa oikein vastata tohon kysymykseen.”

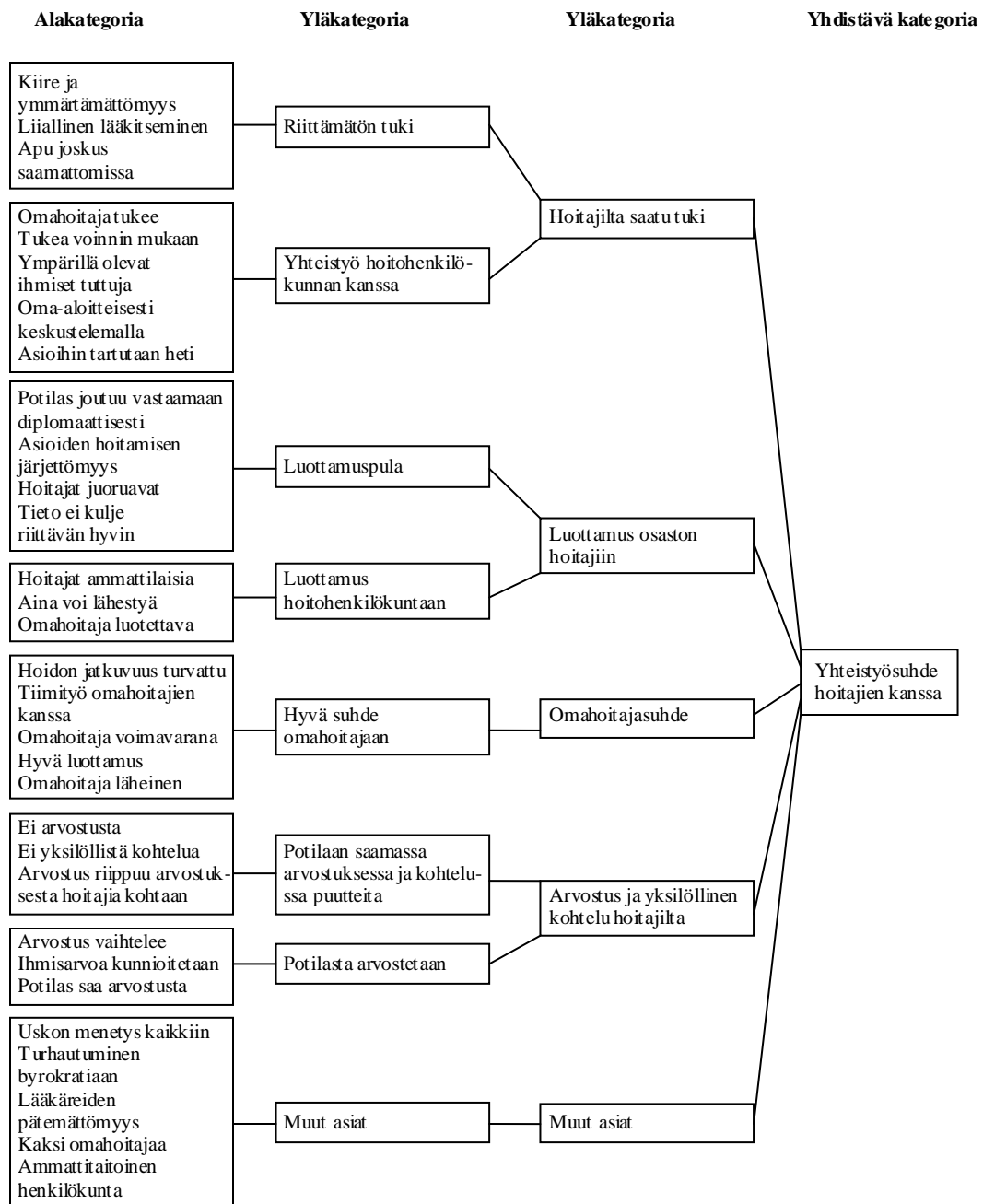
“No, kun minäkin oon semmonen sosiaalinen ihminen, täällä keskustellaa paljon muutakin asiaa kuin pelkkää hoitoon liittyvistä asioista että... kyllä niinku pitää olla, kertaakaan en oo joutunut kokemaan että hoitaja kohtelee mua huonosti. Että kyllä niinku saan pitää arvostusta potilaana, ihmisenä, saman lailla kun mä annan arvostusta hoitajille ihmisinä tai hoitajana, että kyllä täällä saa sitä arvostusta jos näyttää sen. Se taas riippuu siitä, että miten sä kohtaat nämä hoitajat. Jos sulla on vaan negatiivisia tunteita hoitajia kohtaan, heidän eivät arvosta meitä potilaana jos heillä on negatiivisia tunteita.”

Muut asiat. Omahoitajasuhdetta käsiteltäessä eräs haastateltava kertoi luottaneensa siihen, että hänet olisi jo ilman hoitoon liittyvää byrokratiaa sairaalasta päästetty;

“..ne olis laittanu jo vuosia sitte pois täältä mut sit on nää byrokratiakiemurat mitkä täytyy käydä läpi...”

Lisäksi haastateltava koki lääkärit pätemättömiksi. Haastateltavat kertoivat lisäksi omahoitajia olevan potilailla kaksi kappaletta. Puhuttaessa luottamuksesta hoitohenkilökuntaan, sekä arvostuksesta ja yksilöllisestä kohtelusta, muutama haastateltava piti hoitajia paitsi luotettavina, myös ammattilaisina.

“...sit on epäpätevät lääkärit ketkä on päättämässä näitä asioita, eikä ne uskalla tehdä niitä päätöksiä, ja ne sysää sitä vastuuta muille.” (Kuvio 4).



Kuvio 4. Yhteistyösuhde hoitajien kanssa

7 POHDINTA

Tässä luvussa pohditaan tutkimuksen eettisyyttä ja luotettavuutta. Lisäksi tarkastellaan tuloksia, sekä esitetään tutkimuksen johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet.

7.1 Tutkimuksen eettisyys

Molemmat tutkijat olivat aidosti kiinnostuneita uuden informaation hankkimisesta, sillä molemmat tutkijat suuntautuvat psykiatriseen hoitotyöhön. Tutkijat eivät syyllistyneet vilpin harjoittamiseen, koska tutkimuksessa ei plagioitu. Tutkimus ei tuottanut kohtuutonta vahinkoa, eikä se loukannut ihmisarvoa tai kenenkään ihmisen tai ihmisryhmän moraalista arvoa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 211–212.)

Tutkimuksessa ei kajottu potilastietoihin ja tutkittavien yksityisyys turvattiin haastattelumateriaalin oikeaoppisella hävittämisellä tutkimuksen valmistuttua, eli haastattelumateriaali poistettiin sekä käytetystä nauhurista, käytetyistä muistitietokoneista että tietokoneelta. Nämä olivat ainoat paikat, joissa haastattelumateriaalia säilytettiin, etteivät siihen päässeet tutkimuksen ulkopuoliset käsi. Tutkittavien fyysinen ja psyykkinen koskemattomuus turvattiin haastattelutilanteessa siten, että haastattelut toteutettiin haastateltavan ja tutkijan ollessa huoneessa kahdestaan. Haastatteluiden aikana tutkijat pitivät mukanaan hälytysnappia. Potilaiden haastatteluista otetut lainaukset on kieliasultaan tarvittaessa muokattu siten, ettei niistä voi tunnistaa yksittäistä potilasta. Tutkittaville selostettiin tutkimuksen tavoite, tutkimusmenetelmä eli haastattelu, molempien tutkijoiden aikaisempi työkokemus sairaalassa, tutkimuksen tuottama hyöty potilaiden hoidon kehittämiseksi sekä mitä tutkimus vaatii tutkittavalta. Tutkittaville kerrottiin, että he voivat kieltäytyä osallistumasta tutkimukseen tai perua suostumuksensa koska tahansa ilman seuraamuksia. Tutkijat varmistivat, että tutkittavat ovat ymmärtäneet saamansa tiedot. Tutkittavilta pyydettiin kirjallinen suostumus tutkimuksen suorittamiseen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 214.)

Tutkijat toimivat tutkimusta tehdessään rehellisesti ja noudattivat yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä. Tut-

kimuksen tiedonhankinta ja tutkimusmenetelmät olivat tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia. Tutkijat kunnioittivat muiden tutkijoiden töitä ja saavutuksia viittaamalla asianmukaisesti tutkimuksen taustana käytettyihin julkaisuihin. Tutkimuksen suunnittelu, toteutus ja raportointi sekä siitä syntyvä tietoaineisto tallennettiin tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten edellyttämällä tavalla. Tutkijat hankkivat tarvittavat tutkimusluvut ja tutkimukselle tehtiin eettinen ennakkoarvointi. Kaikkien tutkimuksessa mukana olevien osapuolien oikeudet, tekijyyttä koskevat periaatteet, vastuut ja velvollisuudet sekä aineistojen säilyttäminen ja käyttöoikeuksia koskevat kysymykset sovittiin etukäteen osapuolten hyväksymällä tavalla. Tutkimus ei vaatinut rahoituslähteitä, asianosaisille ja tutkimukseen osallistuville kerrottiin tutkimuksen suorittamisen kannalta merkitykselliset muut sidonnaisuudet, kuten koululta lainattu nauhuri. Tutkijat huomioivat tietosuojaa koskevat kysymykset. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012-2014.)

7.2 Tutkimuksen luotettavuus

Yksilöhaastatteluiden toteuttaminen sekä haastatteluiden litteroiminen ja sisällön analysoiminen veivät aikaa. Aineiston koko ei kuitenkaan aiheuttanut tutkimukselle luotettavuusongelmaa suuruudessaan, sillä kuntoutusosastopotilaiden määrä kokonaisuudessaankin on vähäinen suhteutettuna sairaalan potilaiden kokonaismäärään (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 126).

Tutkimusta tekemässä oli kaksi tutkijaa, minkä vuoksi tulosten tarkasteleminen säilyi tutkimuksen edetessä todennäköisemmin todellisuutta kuvaavana ja objektiivisena (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 197). Tutkijat kävivät koko tutkimuksen ja erityisesti sisällön analysoinnin ajan keskustelua haastateltavien vastausten tulkinnoista.

Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen (2013, 198) mukaan tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa käytettiin Cuban ja Lincolnin esittämiä uskottavuutta, siirrettävyyttä, riippuvuutta ja vahvistettavuutta. Uskottavuus edellyttää tuloksien kuvaamista niin selkeästi, että lukija ymmärtää, miten analyysi on tehty ja mitkä ovat tutkimuksen rajoitukset ja vahvuudet. Tässä tutkimuksessa tulosten analysoinnista on kirjoitettu erillinen kappale (ks. 5.3 Tutkimuksen analysointi) ja

analysoinnissa muodostetut kategoriat näkyvät tutkimustulosten yhteydessä olevissa kuvioissa. Tutkimuksen rajoituksia olivat sairaalan myöntämä aika haastatteluiden toteuttamiseksi, potilaiden menot ja lomat kuntoutusosastolla ja tutkijoiden omat menot haastatteluihin käytettävällä aikajaksolla. Tutkimuksen vahvuuksia olivat monien potilaiden halukkuus osallistua tutkimukseen, tutkijoiden mielenkiinto aihetta kohtaan ja tutkijoiden aikaisempi työkokemus sairaalassa, mikä helpotti haastattelutilanteissa toimimista.

Siirrettävyydellä tarkoitetaan sitä, kuinka hyvin tulokset voisivat olla siirrettävissä muuhun tutkimusympäristöön (Parkkila, Välimäki & Routasalo 2002, 138–139). Tämän tutkimuksen kohdalla tulokset ovat siirrettävissä esimerkiksi Niuvanniemmen sairaalaan.

Riippuvuus tarkoittaa sitä, että tutkimuksen toteuttamisessa on käytetty sitä yleisesti ohjaavia periaatteita, kuten tietoa väestön terveystarpeista ja hoitoalan kehitystrendeistä (Parkkila, Välimäki & Routasalo 2002, 138–139). Tässä tutkimuksessa tutkijat saivat Vanhan Vaasan sairaalalta aiheen, josta ei ole aikaisempaa tutkimustietoa, vaikka sille olisi tarvetta.

Vahvistettavuudella tarkoitetaan ratkaisujen esittämistä niin seikkaperäisesti, että lukija pystyy seuraamaan ja arvioimaan tutkijan päättelyä (Erikkson, Isola, Kynäs, Leino-Kilpi, Lindström, Paavilainen, Pietilä, Salanterä, Vehviläinen-Julkunen, Åstedt-Kurki 2008, 60). Tässä tutkimuksessa tulokset on avattu jokaisen haastattelukysymyksen kohdalla ja tulosten elävöittämisessä on käytetty alkuperäisilmaisuja. Lisäksi tuloksista on tehty erilliset kuviot helpottamaan tulosten lukemista.

7.3 Tutkimustulosten tarkastelua

Potilaan osallisuudesta psykiatrisessa hoitotyössä löytyi useita tutkimuksia tukemaan tämän tutkimuksen teoriapohjaa. Tutkimuksia oikeuspsykiatriasta löytyi sen sijaan vähemmän. Potilaiden kokemuksia oikeuspsykiatrisessa sairaalassa on ylipäätään tutkittu vähän. Tietoa löytyi lähinnä hoitohenkilökunnan näkökulmasta katsottuna oikeuspsykiatrisessa sairaalassa. Teoriaa etsittäessä löytyi kaksi tutki-

musta potilaiden kokemuksista oikeuspsykiatrisessa sairaalassa; ensimmäisessä tutkimuksessa tutkittiin oikeuspsykiatristen potilaiden arkea sairaalahoidon jälkeen ja toisessa tutkittiin oikeuspsykiatristen potilaiden kokemuksia turvattuudesta aiheuttavista tekijöistä osastohoidon aikana. Aikaisempia tutkimuksia potilaiden kokemuksista osallisuudesta omaan hoitoonsa oikeuspsykiatrisessa sairaalassa ei löytynyt. Tästä syystä tässä tutkimuksessa saatuja tuloksia ei voitu vertailla vastaavien tutkimusten tuloksiin.

Oli alun perin hieman odottamatonta, että potilaat olivat vastausten perusteella suurimmaksi osaksi tyytyväisiä osallisuuteen omassa hoidossaan. Tutkijat odottivat ennen haastatteluiden aloittamista enemmän esille nousevia negatiivisia asioita, sillä hoitoajat ovat oikeuspsykiatrisessa sairaalassa pitkiä ja potilaiden odotettiin tuovan enemmän esille kokemiaan yksittäisiä kehittämisen kohteita, kuin hyvin sujuvaan arkeen liittyviä asioita, joihin haastateltavien olisi voinut kuvitella tottuneen. Oli myös positiivisesti yllättävää, että haastatteluihin halusi lopulta osallistua enemmän potilaita kuin mihin tutkijoilla oli lupa. Näin oli mahdollista toteuttaa 10 haastattelua, sillä haastatteluvastauksissa nousi jatkuvasti esille yksittäisiä uusia asioita, jotka rikastuttivat tutkimuksen tuloksia. Haastateltavien otanta olisi ehkä voinut olla vieläkin isompi.

Tarkasteltaessa itsemääräämisoikeutta suurin osa haastateltavista koki odotetusti saavansa vaikuttaa hoitoonsa koskeviin päätöksiin ainakin jonkin verran. Lisäksi enemmistö haastateltavista koki saavansa enemmän tietoa hoidostaan, kuin oikeuksistaan, mikä oli hieman yllättävää ottaen haastateltavien hoitoympäristön huomioon. Oikeuspsykiatrisessa sairaalassa potilaiden olisi kuvitellut tarvitsevan paljon tietoa myös oikeuksistaan.

Potilaat tiedostavat yksittäisten potilaiden välillä olevan eroja sen suhteen kuinka paljon he pystyvät vaikuttamaan omaa hoitoa koskeviin päätöksiin. Potilaiden väliset erot saattavat riippua mm. potilaan sairaudenkuvasta ja yksittäisen potilaan halusta vaikuttaa. Lisäksi paitsi potilaiden, myös hoitajien välillä on yksilöllisiä eroja, jotka vaikuttavat potilaan ja hoitajien väliseen yhteistyöhön.

Osa haastateltavista koki henkilökunnan päätösvallan osuuden olevan suuressa roolissa heidän hoitoaan koskevilla päätöksillä. Näistä vastauksista kaikissa ei käynyt ilmi, pitääkö potilas henkilökunnan päätösvaltaa positiivisena vai negatiivisena asiana. Esimerkiksi hoidon lopettamisessa sairaalassa henkilökunnalla tulee olla suuri rooli päätöksenteossa, joskin potilaan mielipiteitä tulee kuunnella. Toisaalta mm. lääkehoitoon, harjoittelujaksoihin ja muihinkin itse hoitoon liittyvissä päätöksissä potilaan mielipiteiden tulee olla merkittävämmässä roolissa. Molempien tutkijoiden mielestä yllättävää oli erään haastateltavan esille tuoma kokemus siitä, että potilaan on annettava jonkinlainen näyttö voidakseen vaikuttaa hoitoaan koskeviin päätöksiin. Potilaiden tulisi voida vaikuttaa päätöksiin myös sen perusteella, kuinka paljon vastuuta he itse kykenevät päätöksenteossa kantamaan.

Haastateltavat kokivat saavansa tietoa enemmän hoidostaan kuin oikeuksistaan. Tämä saattaa johtua siitä, että potilaat keskustelevat henkilökunnan kanssa enemmän hoidostaan kuin oikeuksistaan. Haastateltavat kertoivat, että oikeuksista sai eniten tietoa hoidon alussa. Kuntoutusosastolla potilaiden tiedonsaanti oikeuksista painottuu enemmän heidän oma-aloitteiseen tiedonhakuun. On mahdollista, että henkilökunta olettaa potilaiden olevan jo tietoisia oikeuksistaan, koska potilaiden hoitoaika sairaalassa on useimmiten kestänyt vuosia ja alussa oikeudet on jo kerrottu useasti. Voi olla, että oikeuksista ei olla puhuttu enää yhtä paljon kuin hoidon alussa. Tämä on saattanut herättää haastatteluissakin ilmenneen epävarmuuden omista oikeuksista muutamien haastateltavien kohdalla. Tutkimuksessa nousi esiin potilaiden valittamisoikeus, mikä tarkoittaa hoitajien kannustavan tarvittaessa potilaita valittamaan päätöksistä, vaikka hoitajat näkevätkin sen lopulta huonona asiana.

Tarkasteltaessa potilaslähtöisyyttä kysymyksissä yksilöllisestä hoidosta sekä kuuluksi ja ymmärretyksi tulemisesta esille nousivat yksilöllisen hoidon parantuminen suljetumpiin osastoihin nähden, yksilöllisen hoidon toteutuminen ainoastaan jokaisen henkilökohtaisilta omahoitajilta, hoitajien vastuu potilaiden ymmärtämisessä ja tietojen vääristely. Yksilöllisen hoidon parantumiseen kuntoutusosastolla ovat mahdollisesti vaikuttaneet lisääntyneet omahoitajakeskustelut ja potilaiden

parempi sairaudenkuva, joka mahdollistaa erilaiset harrastusmahdollisuudet, vaapaamman liikkumisen ja aikaisempaa paremman mahdollisuuden kouluttautua tai käydä töissä sairaalan ulkopuolella. Yksilöllisen hoidon toteutumiseen vain omahoitajien taholta taas liittyi kokemus muiden hoitajien antamasta kohtelusta siten, että potilas kuuluu massaan. Vaikka kuntoutusosastolla on aikaisempaa parempi mahdollisuus paneutua potilaiden yksilölliseen hoitoon monipuolisemmin, osastolla on silti tietyt yhteiset arkirutiinit, jotka koskevat kaikkia osaston potilaita. Muutama haastateltava muistutti vastauksissaan hoitajien vastuusta ymmärtää potilasta; tässä korostuu hoitajien vastuu olla kiinnostuneita ja todella läsnä potilaiden kanssa käydyissä keskusteluissa, sekä yksilöllinen kohtelu, johon liittyy esimerkiksi potilaan yksilöllinen tapa ilmaista itseään. Eräs haastateltava kertoi, että hoitajat sanovat muuta kuin todellisuudessa potilastietojärjestelmään kirjaavat ja näin sanomisia ja tietoja vääristellään. Kokemukset saattavat perustua yksittäisiin tapauksiin, mutta potilaan epäilykset tiedon vääristelystä todennäköisesti helpottuisivat, jos hänelle annettaisiin mahdollisuus esimerkiksi lukea itse tulostettuja otteita hänestä kirjoitetuista raporttimerkinnöistä.

Tarkasteltaessa selviytymisen tukemista kysymykset jakaantuivat perheen ja läheisten antamaan tukeen, voimavaroihin, terapiamahdollisuuksiin, hyväksytyksi tulemiseen ja tuen tarpeeseen.

Perheen ja läheisten antama tuki oli sitä saaville haastateltaville tärkeä voimavara-lähde ja sitä todennäköisesti vielä korostaa muiden ystävä- ja tuttavasuhteiden ylläpitämisen vaikeus sen jälkeen, kun hoito on aloitettu. Perheen ja läheisten lisäksi potilaat saavat tukea mahdollisesti vielä potilastovereilta, mutta muuten sosiaalinen turvaverkko potilaiden ympärillä on melko rajattu.

Voimavarojen valjastamisessa ja tunnistamisessa haastateltavat kokivat saavansa sairaalassa tukea sekä hoitajien taholta, että erilaisten kurssien muodossa. He kokivat haastatteluissa pääsääntöisesti voimavaransa hyviksi, mutta suurin osa ei syystä tai toisesta eritelleet voimavarojaan. Tämä saattaa johtua siitä, etteivät he kokeneet siihen tarvetta, tai siitä etteivät he joko tunnistaneet tai osanneet nimetä voimavarojaan, vaikka kokivat olonsa hoidon läpiviemisessä vahvaksi. Eräs haas-

tateltava puhui lääkehoidosta voimavaroja rajaavana tekijänä, mikä puoltaa jo aikaisemmin tuloksien pohdinnassa mainittua potilaiden kokemusten aktiivista kyselyä liittyen lääkehoidon toteutukseen ja päätöksiin. Haastateltavat pystyivät käsittelemään haastattelun yhteydessä myös voimavarojensa rajallisuutta ja siihen liittyviä tunteita, mikä ulospäin vaikutti jo pidemmän pohdinnan tulokselta ja sairauden vaikutuksen hyväksymiseltä omassa elämässä.

Haastateltavat kokivat sairaalan terapiamahdollisuudet monipuolisina ja hyvinä, mutta eivät kuitenkaan kokeneet enää samanlaista tarvetta niiden hyödyntämiselle, kuin suljetummilla osastoilla ollessaan. Muutama haastateltava kuvasi koulunkäynnin ja muiden asioiden roolia terapioiden korvaavana tekemisenä ja muutenkin haastatteluissa vastaukset osoittivat, että terapioiden merkitys potilaille ei enää ole sama kuin aikaisemmin, vaikka terapioiden edelleen hyödynnetäänkin paljon. Kuntoutusosastolla aika kuluu monen muunkin asian parissa.

Haastateltavat kokivat tulevansa hyväksytyksi sekä hoitajien että muiden potilaiden osalta lähes poikkeuksetta ja silloinkin, jos jotain ongelmia on ilmennyt, ne on saatu selvitettyä. Eräs haastateltava kuitenkin mainitsi potilaiden väliset ystävyys-suhteet ja hoitajien suhtautumisen niihin epäileväisenä; tämä saattaa joidenkin potilaiden kohdalla johtaa siihen, ettei kaverisuhteita uskalleta muodostaa kovin helposti. Hoitajien tulee oikeuspsykiatrisessa sairaalassa kiinnittää huomiota epäilyttävään käytökseen, mutta kaikkea potilaiden välistä ystävyystoimintaa ei tule pitää epäilyttävänä. Perheen ja läheisten antaman tuen lisäksi potilaat saavat toisistaan vertaistukea hoitonsa aikana ja näin potilaat ovat muodostaneet keskenään kaverisuhteita, jotka täydentävät heidän sosiaalista turvaverkkoaan.

Haastateltavat kokivat tarvitsevansa tukea keskustelemisen lisäksi harrastamiseen ja arjen hallintaan itsenäistymistä ajatellen. Tuen tarve on kuntoutusosastolla monipuolista paitsi sairaalajakson päättymistä, myös monipuolisempien sairaalan terapia- ja harrastusmahdollisuuksien hyödyntämistä ajatellen. Suljettuihin osastoihin verrattuna kuntoutusosastopotilaalla on huomattavasti vapaammat mahdollisuudet kuluttaa aikaansa. Siellä tukea tarvitaan paitsi asioiden järjestämisessä,

myös ajan käytön hallinnassa niin, että potilas hyödyntää juuri itselleen tärkeitä terapioita ja koulutus- ja työllistymisvaihtoehtoja.

Tarkasteltaessa yhteistyösuhdetta hoitajien kanssa haastateltavat vastasivat kysymyksiin hoitajilta saadusta tuesta, luottamuksesta hoitajiin, omahoitajasuhteesta sekä hoitajilta saadusta arvostuksesta ja yksilöllisestä kohtelusta.

Haastateltavien mukaan hoitajien antama tuki on monipuolista ja hoitajat tarttuvat ongelmakohtiin heti. Ylipäänsä haastateltavat antoivat henkilökunnasta ammattitaitoisen ja asiantuntevan kuvan. Potilaat ovat myös ehtineet tutustua kuntoutusosaston hoitajiin ja kokivat pitkän sairaalajakson aikana hoitajien tulleen jo tutuiksi, mikä entisestään helpottaa asioista keskustelua hoitohenkilökunnan kanssa. Eräs haastateltava koki saavansa tukea ainoastaan omahoitajaltaan; hän myös painotti lääkityksellä olevan liian iso rooli hoidossa; lääkitys ei saisi enää kuntoutusosastolla rajoittaa potilaiden itsenäistymisen opettelua, minkä vuoksi kokemukset liiallisesta lääkityksestä kannattaa ottaa päätöksenteossa huomioon.

Haastateltavien luottamus hoitajiin oli vastaavasti pääsääntöisesti hyvä, ainoastaan muutaman haastateltavan kohdalla oli hieman ongelmia luottamuksen suhteen ja eräs haastateltava koki sen vaikuttavan siihenkin, mistä hän uskaltaa puhua hoitajien kanssa. Tämä luonnollisesti rajoittaa taas hoitoon liittyvissä asioissa etenemistä, sillä hoitosuhteen tulisi perustua myös hoitajan ja potilaan väliseen luottamussuhteeseen, jonka pohjalta potilaan hoitoa voidaan tehokkaasti viedä eteenpäin ja kuntoutusosastolla tärkeitä itsenäistymistä tukevia tekijöitä voidaan korottaa. Toinen haastateltava ajatteli hoitajien todennäköisesti juoruavan siinä missä muidenkin ihmisten; hoitajien tulee hoitoympäristössä pitää huoli ammattimaisuudesta tiedonannossa muulle henkilökunnalle ja varmistaa, ettei potilaiden asioita vahingossa joudu sellaisten ihmisten korviin, joille kyseisen potilaan asiat eivät kuulu.

Omahoitajat koettiin kuntoutusosastolla jokaisen haastateltavan mukaan tehokkaina ja luotettavina; he turvaavat myös hoidon jatkuvuuden, mistä eräs haastateltava puhui haastattelussa enemmänkin. Häntä on aikaisemmin osastosiirtojen yhteydessä vaivannut se, etteivät hänen tietonsa siirry mukana riittävän hyvin hoitohe-

kilökunnalla, vaan uudet hoitajat ovat joutuneet palaamaan uudestaan vanhoihin asioihin ja hoidossa on ikään kuin otettu hetkellisesti tauko etenemisessä, jotta saadaa aikaiseksi riittävän eheä jatkuvuus. Hän kuvasi omahoitajansa olevan jo tuttu ennen kuntoutusosastolle tuloaan, mikä oli haastateltavalle suuri helpotus.

Haastateltavat kokivat saavansa arvostusta vaihtelevasti henkilökunnalta; se esimerkiksi saattaa riippua siitä, kuinka he itse kohtelevat hoitohenkilökuntaa, tai siitä kenen kanssa asioi. Eräällä haastateltavalla oli myös kokemus arvostuksen puuttumisesta täysin. Haastateltavien oli vaikea vastata kysymykseen hoitajilta saadusta arvostuksesta ja yksilöllisestä kohtelusta, sillä yksilöllistä kohtelua ei mainittu vastauksissa kuin kerran (joskin potilaslähtöisyydessä yksilöllinen kohtelu käsiteltiin erikseen) ja haastateltavista noin kolmasosa ei ymmärtänyt kysymystä ollenkaan tai ei osannut vastata siihen.

Tulosten pohdinnassa tutkijat kokivat helpottavaksi tekijäksi aikaisemman työkokemuksen sairaalassa, sillä esimerkiksi kuntoutusosastolla potilaiden hoitoon kuuluvia monimuotoisia tekemisen mahdollisuuksia oli helpompi käsitellä, kun niistä oli tietoa jo entuudestaan. Tutkijoilla oli myös jonkinlainen käsitys osastoilla tapahtuvasta hoitotyöstä. Samalla tutkimustulosten pohdinnassa oli kuitenkin muistettava objektiivisuus, jotta asioita ei tulkita haastatteluvastausten ulkopuolisten tekijöiden kautta.

Tutkijat kokivat, että vaikka haastateltaville tehtiin selväksi tutkijoiden aikaisempi työkokemus sairaalassa, se ei vaikuttanut haastatteluvastauksiin. Haastateltavat antoivat sekä positiivisia, että negatiivisia mielipiteitä eri osa-alueiden toteutumisesta ja muutama kehuikin tutkijoita aiheesta, jotta potilaiden ääni saadaan kuuluiin nimettömästi.

Tutkimuskysymysten muotoilu aiheutti haastateltaville joissain tapauksissa hie-man vaikeuksia ymmärtää kysymystä. Kysymykset oli alunperin muotoiltu esimerkiksi "koetko" tai "toteutuuko", mutta tällaisiin kysymyksiin olisi ollut helpoa vastata vain "kyllä" tai "ei". Kysymysten lopullisen muotoilun oli tarkoitus ohjata haastateltavaa pohtimaan vastaustaan enemmän.

Tutkimustuloksissa käytettyjä sitaatteja pohdittiin tarkasti, jotta niistä ei tunnistettaisi yksittäistä potilasta. Sitaateista on poistettu kaikki sellainen tieto, mikä olisi yhdistettävissä ainoastaan johonkin tiettyyn potilaaseen. Mikäli sitaatissa on ollut esimerkiksi helposti tunnistettava murre tai sanoja, on sitaatin sisältö kirjoitettu kirjakielellä.

Aluksi haastateltavia oli vaikea saada 10 kappaletta, mutta haastatteluiden loputtua halukkaita ilmaantui vielä lisää ja haastatteluita oltaisiin halukkaiden määrän perusteella saatu toteuttaa enemmänkin.

7.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Potilaiden mahdollisuudet vaikuttaa hoitoonsa vaihtelevat potilaskohtaisesti, mutta suurin osa kokee voivansa vaikuttaa ainakin osittain hoitoaan koskeviin päätöksiin. Potilaat saavat tutkimuksen perusteella paremmin tietoa hoidostaan, kuin oikeuksistaan. Oikeuksista tiedottamisesta tulisi huolehtia kuntoutusosastolla esimerkiksi muistuttamalla potilaita siitä, että he voivat kysellä potilasasiamiehen lisäksi myös hoitajilta oikeuksistaan. Jos potilaita muistutetaan heidän valitusoikeudestaan hoidon suhteen, heille pitäisi tehdä myös selväksi, etteivät esimerkiksi valittamisen jälkeiset rajoitukset liity välttämättä valittamiseen, vaan kulloiseenkkin yksittäiseen tilanteeseen. Lisäksi potilaan käyttäessä valitusoikeuttaan hänelle tulee tehdä selväksi, että häntä kuunnellaan ja hänen mielipiteensä on huomioitu silloinkin, kun se ei vaikuta lopputulokseen.

Haastateltavat kokivat tulleen kuulluksi ja ymmärretyksi sekä yksilöllisesti kohdelluksi paremmin kuntoutusosastolla kuin suljetulla osastolla. Yksilöllinen kohdeltu tapahtui kuitenkin pääosin vain omahoitajien kohdalla. Muutamasta haastateltavasta oli tärkeää, että vastuu heidän ymmärtämisestään kuului hoitajille, minkä vuoksi hoitajien on erityisen tärkeää osoittaa potilaille kuuntelevansa käydessään potilaiden kanssa keskustelua. Eräs haastateltava mainitsi tiedon vääristelystä, minkä vuoksi hoitajat voisivat potilaan niin halutessa tarjota potilaalle mahdollisuutta lukea esimerkiksi otteita hänestä kirjoitetusta raportista ja tehdä selväksi, ettei potilasta koskevaa tietoa pimitetä häneltä itseltään ja että tieto on tarvittaessa saatavilla.

Perhe ja läheiset ovat potilailla lähes poikkeuksetta tärkeitä haastatteluiden perusteella ja perheen tapaamista tulisi hoidon aikana tukea mahdollisimman paljon, jotta potilas saa siitä suurimman mahdollisimman hyödyn ja turvan. Potilaat kokevat hoitajan läsnäolon läheisiään tavatessaan, sekä liikkumisen estämisen sairaalan rajojen ulkopuolella tapaamisiaan rajoittavana tekijänä, joten näistä olisi hyvä keskustella potilaiden ja heidän läheistensä kanssa tapauskohtaisesti. Vaikka tapaamia tulisi potilaan kohdalla jostain syystä rajoittaa, hänelle on hyvä tehdä sekä mahdollisimman selkeästi, että tarvittaessa usein selväksi syyt, minkä vuoksi

tapaamisia rajoitetaan. Potilaiden mielipiteiden lisäksi myös läheisiä on hyvä kuunnella tehtäessä tapaamisia rajoittavia päätöksiä.

Monikaan potilaista ei osannut kuvailla voimavarojaan johtuen mahdollisesti joko siitä, etteivät he tiedäneet mitä ne ovat tai osanneet nimetä niitä. Hoitajat voisivat yhdessä potilaiden kanssa käydä tarkemmin läpi voimavaralähtöisyyttä, että potilaat tulisivat tietoisemmiksi omista voimavaroistaan ja osaisivat hyödyntää niitä. Kuntoutusosastolla muutama esimerkiksi mahdollisuuksia koulunkäyntiin ja erilaisiin harjoittelujaksoihin olisi hyvä ehdottaa mahdollisimman monelle, sillä vaikka työterapiaa edelleen hyödynnetään, moni haastateltava koki sen merkityksen itselleen vähäisemmäksi verrattuna suljetulla osastolla vietettyyn aikaan.

Osa haastateltavista toi esiin potilastovereiden tärkeyden vertaistukena ja sen huomioimiseen hoitotyössä tulisi kiinnittää enemmän huomiota. Potilaiden muodostaessa keskenään ystävyssuhteita niihin ei tulisi ensimmäisenä kohdistaa epäilyä sääntöjenvastaisesta toiminnasta, jotta potilaat eivät joutuisi pelkäämään hoitajien suhtautumista hakiessaan vertaistuen lähteitä.

Haastateltavien mukaan hoitajien tulisi tukea heitä harrastamisessa, ajankäytön- ja arjen hallinnassa, sekä omien asioidensa järjestämisessä itsenäistymistä varten. Näitä asioita varmasti tuetaankin kuntoutusosastolla, mutta potilailta tarvitaan mielipide siihen, mihin kulloisenkin potilaan kohdalla tulisi perehtyä eniten eli mikä tuottaa potilaalle hänen mielestään eniten vaikeuksia. Potilaat tarvitsevat tukea myös keskustelun muodossa, sillä kuntoutusosastolta siirtyminen jatkohoitoon ja kotiutuminen saattavat esimerkiksi mietityttää ja jopa pelottaa potilasta pitkän hoitojakson jälkeen.

Potilaat kokivat hoitajilta saadun tuen monipuolisena. Yksittäinen potilas koki saaneensa tukea vain omahoitajaltaan, joten jokaisen hoitajan olisi hyvä kiinnittää huomiota tasavertaiseen tuen jakamiseen. Lääkitys ei saisi olla enää niin suuressa roolissa kuntoutusosastolla, että se häiritäisi potilaiden itsenäistymistä, vaan lääkehoidon toteuttamisessa ja lääkehoitoa koskevissa päätöksissä tulisi kuunnella potilaan mielipiteitä ja tehdä yhdessä päätöksiä potilaan kokemuksiin liittyen.

Hoitajien antama arvostus ja yksilöllinen kohtelu potilaita kohtaan oli haastateltaville kysymyksenä vaikea ja siihen liittyvät vastaukset vaihtelivat paljon. Haastateltavat mainitsivat monessa kysymyksessä "potilaan roolin" erilaisissa yhteyksissä, joka koettiin yleistyksenä potilaiden joukossa. Potilaita tulisi kohdella kuntoutusosastolla heidän yksilölliset tarpeet huomioiden ja lisäksi keskusteluissa on hyvä pystyä kiinnittämään huomiota potilaskohtaisiin yksityiskohtiin, sillä potilaat kiinnittävät saamaansa kohteluun paljon huomiota. Myös potilaiden arvostus on potilaille tärkeää ja sen tulisi näkyä paitsi potilaiden kohtaamisessa keskustelussa, myös eleissä, ilmeissä, tervehtimisessä ja muussa asennoitumisessa potilaita kohtaan. Tämä tukee sekä itsetunnon kasvatusta, että terveen kohtelun mallia potilaita varten.

Haastateltavien kokemukset osallisuudesta omaan hoitoonsa olivat suurimmaksi osaksi positiivisia. Vaikka tutkimuksessa tuotiin esille myös positiivisia asioita, negatiiviseen palautteeseen yritettiin kiinnittää enemmän huomiota, jotta sitä voitaisiin hyödyntää toiminnan kehittämisessä. Haastateltavat vaikuttivat kuitenkin pääosin tyytyväisiltä saamaansa hoitoon ja siihen osallistumiseen molemmilla Vanhan Vaasan sairaalan kuntoutusosastoilla.

Jatkotutkimusaiheet

1. Potilaiden kokemukset osallisuudesta omaan hoitoonsa suljetummilla osastoilla Vanhan Vaasan oikeuspsykiatrisessa sairaalassa.
2. Potilaiden kokemukset osallisuudesta omaan hoitoonsa Niuvanniemen oikeuspsykiatrisessa sairaalassa (vertailututkimus).
3. Potilaiden kokemukset itsenäistymisen tukemisesta ja siirtymisestä avohoitoon.
4. Potilaiden kokemukset omahoitajasuhteen onnistumisen mahdollistavista tekijöistä oikeuspsykiatrisessa sairaalassa.

LÄHTEET

Dip, K.A., Tang, J. & Tse, S. 2012. Patient involvement in mental health care: culture, communication and caution. *Health Expectations*. 18, 3–7. John Wiley & Sons Ltd.

Eidhammer, G., Flutterm, F. & Bjørkly, S. 2014. User involvement in structured violence risk management within forensic mental health facilities – a systematic literature review. *Journal of Clinical Nursing*. 23, 2716–2724.

Erikkson, K., Isola, A., Kyngäs, H., Leino-Kilpi, H., Lindström, U.Å., Paavilainen, E., Pietilä, A-M., Salanterä, S., Vehviläinen-Julkunen, K. & Åstedt-Kurki, P. 2012. *Hoitotiede*. Helsinki. Sanoma Pro.

Eronen, M., Kotilainen, I. & Seppänen, A. 2012. Oikeuspsykiatrinen arviointi ja hoito Suomessa. *Lääkärilehti*. 23, 67, 1823–1826. <http://www.fimnet.fi/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000037750>

Henriksson, M., Lönnqvist, J. & Moring, J. 2014. Hoitoon ohjaaminen. Teoksessa *Psykiatria*, 731–748. Toim. Henriksson M., Lönnqvist, J., Marttunen, M. & Partonen, T. Otavan Kirjapaino Oy. Duodecim.

Hindmarch, T., Hotopf, M. & Owen, G. 2013. Depression and decision-making capacity for treatment or research: a systematic review. *BioMed Central*. 14:54.

Hotti, A. 2004. Mitä psykiatrinen potilas haluaa tietää? Tutkimus skitsofreniaan sairastuneiden tiedon saannista ja tarpeista. Väitöskirja. Psykiatrian klinikka. Lääketieteellinen tiedekunta. Turun yliopisto.

Hänninen, V. & Valkonen, J. 2000. Tarinat, sairaudet ja kuntoutuminen. Teoksessa Vilma Hänninen: Sisäinen tarina, elämä ja muutos. *Acta Universitatis Tampensis* 696. Tampere: Tampereen yliopisto, 141–154.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. uudistettu painos. Helsinki. Sanoma Pro Oy.

Kinnunen, A. 2013. Potilaiden arviointeja psykiatrisen hoidon laadusta. Pro Gradu –tutkielma. Terveystieteiden tietokunta. Hoitotieteen laitos. Itä-Suomen yliopisto.

Koponen, T., Jähi, R., Männikkö, M., Lipponen, V., Åstedt-Kurki, P. & Paavilainen, E. 2012. Mielenterveyspotilaan läheisenä olemisen moninaisuus – tutkimuskohteena vertaisryhmä. *Hoitotiede*. 24, 2, 138–149.

Kujala, E. 2003. Asiakaslähtöisen laadunhallin malli. Tilastolliseen prosessin ohjaukseen perustuva sovellus terveyskeskukseen. Väitöskirja. Hoitotieteenlaitos. Tampere. Tampereen yliopisto.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1998. Sisällön analyysi. *Hoitotiede*. 11, 1/99, 3–12.

Laitila, M. 2010. Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä — Fenomenografinen lähestymistapa. Väitöskirja. Hoitotieteen laitos. Terveystieteiden tiedekunta. Itä-Suomen yliopisto. Publication of the University Of Eastern Finland. Dissertations in Health Sciences 31.

Laitila, M. & Pietilä, A-M. 2012. Asiakkaan osallisuus mielenterveyspalveluissa. Kuulluksi tulemista ja inhimillistä kohtaamista. ePooki. 9, 9–16. http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/49933/Asiakkaan_osallisuus_mielenterveyspalveluissa.pdf?sequence=1

Latvala, E. 1998. Potilaslähtöinen psykiatrinen hoitotyö laitospäätöksessä. Väitöskirja. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulu. Oulun yliopisto ja psykiatrian klinikka, Oulun yliopistosairaala.

Laukkala, T., Tuisku, K., Fransman, H. & Vormaa, H. 2015. Työikäisten mielenterveyskuntoutus. Terveystieteiden aikakauslehti 70, 21, 1508–1513.

Lehtonen, J. & Lönnqvist, J. 2014. Psykiatria ja mielenterveys. Teoksessa Psykiatria, 18-40. Toim. Henriksson M., Lönnqvist, J., Marttunen, M. & Partonen, T. Otavan Kirjapaino Oy. Duodecim.

Lindström, U. 1995. The professional paradigm of qualified psychiatric nurses. Teoksessa Potilaslähtöinen psykiatrinen hoitotyö laitospäätöksessä. Latvala, E. Oulu. Oulu university press.

L 13.6.1929/234. Avioliittolaki. Säädos säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 1.9.2015. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1929/19290234#O2>

L 22.4.1999/523. Henkilötietolaki. Säädos säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 13.4.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990523#L2P5>

L 14.12.1990/1116. Mielenterveyslaki. Säädos säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 1.9.2015. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>

L 17.8.1992/785. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Säädos säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 6.4.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

L 19.12.1889/39. Rikoslaki. Säädos säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 13.10.2015. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1889/18890039001>

L 11.6.1999/731. Suomen perustuslaki. Säädos säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 1.9.2015. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>

Mattila-Aalto, M. 2009. Kuntoutusosallisuuden diagnoosi: Tutkimus entisten rapioikäisten kuntoutumisen muodoista, mekanismeista ja mahdollisuuksista. Akateeminen väitöskirja. Kuntoutussäätiön tutkimuksia 81. Helsinki: Kuntoutussäätiö.

Parkkila, M., Välimäki, M. & Routasalo, P. 2002. Teoksessa Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Toim. Tuomi, J. & Sarajärvi, A. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Putkonen, H. & Huttunen, M. 2007. Oikeuspsykiatrina Suomessa. *Duodecim*. 123, 2361–2362.

Rautanen, M., Brotherus, L., Soukkanen, M., Niinistö, K. & Ahlgrén-Rimpiläinen, A. 2015. Oikeuspsykiatrinen potilas on matkalla avohoitoon. *Suomen Lääkärilehti*. 49, 3394–3396.

Rissanen, P. 2015. Toivoton tapaus? Autoetnografia sairastumisesta ja kuntoutumisesta. Väitöskirja. Kuntoutussäätiön tutkimuksia 88. Helsinki: kuntoutussäätiö.

Romakkaniemi, M. 2011. Masennus: Tutkimus kuntoutumisen kertomusten rakentumisesta. Akateeminen väitöskirja. *Acta Universitatis Lapponiensis* 209. Lapin yliopisto, yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus.

Sidhom, E., Abdelfattah, A., Carter, J., El-Dosoky, A. & El-Islam, M. 2014. Patients' perspectives on stigma of mental illness (an Egyptian study in a private hospital). 5;166.

Stenlund, M. 2014. Mielipiteen vapaus kuuluu myös psykiatriaan. *Lääkärilehti*. 50-52/2014, 69, 3433–3434. Viitattu 15.4.2016. <http://www.laakarilehti.fi.ezproxy.puv.fi/ajassa/nakokulmat/mielipiteenvapaus-kuuluu-myos-psykiatriaan/#reference-4>

Terveyskirjasto. 2015. Artikkelin tunnus: far23487. Viitattu 27.8.2015. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=far23487

Terveyskirjasto. 2015. Artikkelin tunnus: lam00033. Viitattu 27.8.2015. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=far23487

Tiihonen, J. 2014. Oikeuspsykiatria. Teoksessa *Psykiatria*, 697–717. Toim. Henriksson M., Lönnqvist, J., Marttunen, M. & Partonen, T. Otavan Kirjapaino Oy. Duodecim.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012-2014. Viitattu 26.8.2015. <http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanto>

LIITE 1

ARVOISAT TUTKIMUKSEEN OSALLISTUJAT JA OSASTON HOITOHENKILÖKUNTA.

Opiskelemme Vaasan ammattikorkeakoulussa kolmannella lukuvuonna ja valmistumme sairaanhoitajiksi keväällä 2016. Teemme opinnäytetyötä Vanhan Vaasan sairaalalle potilaan kokemuksista ja valmiuksista osallisuudesta omaan hoitoonsa oikeuspsykiatrisessa sairaalassa.

Tutkimuksen tavoitteena on lisätä hoitajien ja potilaiden tietoa kuntoutusosastopotilaiden kokemuksista osallisuudesta omaan hoitoonsa oikeuspsykiatrisessa sairaalassa.

Tutkimusaineiston keruu tullaan toteuttamaan yksilöhaastatteluina, joiden kesto on noin 30 minuuttia henkilöä kohti tai niin kauan kuin tutkittavalta riittää halua ja asiaa vastata kysymyksiin. Haastattelut tullaan toteuttamaan marras- ja joulukuun aikana 2015. Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja luottamuksellista. Tutkimuksessa ei kajota potilastietoihin. Tutkijat ovat aidosti kiinnostuneita uuden tiedon hankkimisesta, sillä molemmat opinnäytetyön tekijät suuntautuvat psykiatriseen hoitotyöhön.

Opinnäytetyön valmistuttua se tullaan esittämään Vaasan ammattikorkeakoulussa kevätlukukautena 2016, julkaisu tapahtuu tietokanta Theseuksessa ja tutkimuksen tulokset esitetään erillisessä tilaisuudessa Vanhan Vaasan sairaalassa.

Toivottavasti teistä mahdollisimman moni osallistuisi tutkimukseemme. Kiitämme jo valmiiksi vaivannäöstänne. Jos teillä tulee jotain kysyttävää, niin ottakaa rohkeasti yhteyttä.

Ystävällisin terveisin,

Pauli Meuronen

Elina Vainionpää

Tarvitsemme potilaan kirjallisen suostumuksen voidaksemme ottaa potilaan tutkimukseen mukaan. Allekirjoituksellaan potilas vahvistaa ymmärtävänsä, että hänelle selostetaan tutkimuksen tavoite,

tutkimusmenetelmä, molempien tutkijoiden aikaisempi työkokemus sairaalassa, tutkimuksen tuottama hyöty potilaiden hoidon kehittämiseksi sekä mitä tutkimus vaatii potilaalta.

Tutkimukseen osallistumisesta voi kieltäytyä tai suostumukseen osallistumiseen voi perua koska tahansa ilman seurauksia. Tutkijat varmistavat, että potilas ymmärtää saamansa tiedot. Tutkimuksessa ei kajota potilastietoihin ja potilaan yksityisyys turvataan haastattelumateriaalin oikeaoppisella hävittämisellä tutkimuksen valmistuttua, minkä lisäksi haastattelumateriaalia säilytetään sellaisessa paikassa, etteivät siihen pääse tutkimuksen ulkopuoliset käsiksi. Tutkimukseen osallistujat säilyvät nimettöminä koko tutkimuksen ajan.

Potilas vahvistaa ymmärtävänsä, että haastattelu tullaan nauhoittamaan

Tutkittavan allekirjoitus

Paikka ja päivämäärä

LIITE 2

Potilaan kokemus itsemääräämisoikeuden toteutumisesta

- Miten koet voivasi vaikuttaa hoitoasi koskeviin päätöksiin ja kuinka paljon?
- Miten koet saavasi riittävästi tietoa omasta hoidostasi?
- Miten koet saavasi riittävästi tietoa oikeuksistasi?

Potilaan kokemus potilaslähtöisyyden toteutumisesta

- Miten koet saavasi yksilöllistä hoitoa?
- Miten koet tulevasi kuulluksi ja ymmärretyksi?

Potilaan kokemus selviytymisen tukemisesta

- Miten koet suhteesi perheeseesi ja läheisiisi? Entä miten koet saavasi heiltä tukea hoidossasi?
- Miten koet omat voimavarasi?
- Miten koet hyödyntäväsi sairaalan terapiamahdollisuuksia?
- Miten koet tulevasi hyväksytyksi hoitoympäristössä?
- Millaista tukea haluat selviytymiseesi?

Potilaan kokemus yhteistyösuhteesta hoitajien kanssa

- Miten koet saavasi hoitajilta riittävästi tukea hoidossasi?
- Miten koet luottavasi osastosi hoitajiin?
- Miten koet suhteesi omahoitajaasi?
- Miten koet tulevasi arvostetuksi ja yksilöllisesti kohdelluksi hoitajien taholta?